

PARIS VII

Année 1971

123
N°

THESE

POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mme STROWEIS Marianne
épouse BOYER

née le 24 Juin 1942 à LYON (Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1971

EXPERIENCES D'INTEGRATION D'ENFANTS INADAPTES DANS DES COLONIES DE VACANCES POUR ENFANTS NORMAUX

PRESIDENT Monsieur MANDE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE PARIS - LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

PARIS VII

Année 1971

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mme STROWEIS Marianne
épouse BOYER

née le 24 Juin 1942 à LYON (Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1971

EXPERIENCES D'INTEGRATION D'ENFANTS INADAPTES DANS DES COLONIES DE VACANCES POUR ENFANTS NORMAUX

PRESIDENT Monsieur MANDE, Professeur



1
A MON MARI

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SOEUR ET MON BEAU-FRERE

A MA GRAND-MERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE**Monsieur le Professeur MANDE**

l'étendue de ses connaissances et de sa réputation dans le domaine de la pédiatrie sociale, nous font apprécier hautement l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de nos sentiments respectueux.

**A . LA CAISSE CENTRALE D'ACTIVITES SOCIALES DU PERSONNEL DES INDUSTRIES
ELECTRIQUE ET GAZIERE**

qui dans le cadre de ses réalisations sociales exemplaires a permis le déroulement de l'expérience la plus intéressante et nous y a fait participer.
Qu'elle soit assurée de notre sincère gratitude.

A Monsieur LE GUEN son président

qui nous a manifesté tout l'intérêt qu'il attachait à ce travail.

AUX MEDECINS DE LA C.C.A.S.

avec qui nous avons organisé cette expérience

Monsieur le Docteur KIPMAN

son concours nous a été particulièrement précieux. Nous tenons à lui exprimer nos vifs remerciements et l'assurance de notre gratitude.

Messieurs les Docteurs GUEDENEY et TOSQUELLES

AU PERSONNEL DE LA C.C.A.S.

que nous tenons à remercier de l'aide qu'il a bien voulu nous apporter.

A Madame le Docteur CARTON et Monsieur BORREL

Psychiatre et Directeur de l'Institut Médico-Pédagogique Henri Wallon, qui nous ont permis de participer à leur expérience, nous ont fait connaître les enfants de l'externat concerné et ont bien voulu nous aider dans la rédaction de leur dossier.

A Monsieur le Docteur AMADO

qui a bien voulu nous confier quelques résumés de dossiers.

A Mademoiselle MILLOT

Directrice de l'école maternelle de l'Hôpital Raymond Poincaré.

Monsieur BELLY

Directeur de l'Ecole Nationale de Perfectionnement.

Monsieur et Madame CADORET

Directeurs du Sentier Fleuri.

Monsieur MURIEL

de l'Association des Paralysés de France.

Monsieur FERRAND

Directeur du Centre de rééducation de Saint-Lambert-des-Bois,

Mademoiselle NOUFLE

du Foyer de Coordination des Sociétés Silencieuses.

Madame METREAU

Directrice du Centre d'orthophonie et de pédagogie appliquée

Madame BASTIDE

de la Société Centrale d'Education et d'Assistance pour les Sourds et Muets de France.

Mademoiselle LECHARTIER

Sécrétaire Générale d'E.P.H.E.T.A.

AUX DIRECTEURS DE COLONIES

Madame GOSSET, Monsieur CHIFOLEAU, Mademoiselle TOLMAN

de la C.C.A.S.

Monsieur CUPILLARD, Monsieur ROUMIEUX

de la Caisse des Ecoles de Noisy-le-Sec.

A TOUS CEUX

qui nous ont indiqué des expériences.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé RISTELHUEBER

Monsieur le Docteur ACCARD

Monsieur le Docteur HARTMANN

Monsieur le Professeur Agrégé FLABEAU

Nous gardons le meilleur souvenir de leur enseignement.

INTRODUCTION

I - LES HANDICAPES ET LES VACANCES

A - HISTORIQUE

Les problèmes de l'enfance inadaptée ont été sous les feux de l'actualité en Décembre 1970, avec la "croisade des coeurs", contestée par certains car l'éducation des handicapés n'est pas un problème de charité, mais celui du droit à l'éducation pour tous. La charité apparaît souvent comme un moyen de se donner bonne conscience à l'égard de ceux que l'on rejette. En effet, depuis longtemps, la tentation était grande de rejeter tout ce qui n'est pas "normal" et, si au Moyen Age, le "simple" avait sa place dans le village, bien vite, on a créé des asiles pour parquer "fou" et "idiot" loin de la vue. D'un autre côté, les infirmes moteurs étaient confinés dans leur demeure par leur famille, ou vivaient de mendicité en marge de la Société. Peu à peu, certes, on a créé des écoles spécialisées, des ateliers protégés, et on a essayé de réintégrer dans la Société les inadaptés. Mais cette réintégration n'est point encore acquise; ainsi, le Salon de l'Enfance avait réservé un jour spécial d'entrée pour les jeunes paralysés : ceux-ci, en 1968, ont refusé d'être écartés des visiteurs normaux, et exigé des conditions d'accès identiques à celles des autres enfants. Aujourd'hui, c'est souvent par prétexte médical, éducatif, ou charitable, que l'on rejette loin de soi ce qui choque.

Les scouts se sont préoccupés très tôt des vacances des inadaptés, en instituant des troupes spéciales et le scoutisme d'extension (1), puis ont été créées des colonies spécialisées; actuellement, rares sont les colonies ordinaires qui admettent les inadaptés et, dans ce cas, c'est à titre exceptionnel, et d'une manière officieuse, comme frère ou soeur d'un autre enfant, par exemple.

B - LES HANDICAPES ET LES VACANCES

De nombreux jeunes handicapés ne jouissent pas de vacances: placés dans une institution pendant l'année, ils y restent par rejet et démission familiale, ou alors, les complications matérielles posées par le voyage, le camping, l'installation dans un hôtel ou une maison familiale s'ajoutant à la crainte d'un accident ou à la difficulté, pendant les périodes des vacances, d'une surveillance médicale étroite, se révèlent trop grandes. Enfin, il se peut que la famille, honteuse et culpabilisée, préfère cacher son inadapté. Pourtant, comme tous les autres enfants, les handicapés ont besoin de vacances, moins comme "changement d'air", que comme rupture du rythme quotidien et des habitudes.

Les vacances des inadaptés peuvent être individuelles, familiales ou collectives. Bien évidemment, on recommandera des vacances collectives à l'enfant vivant au foyer et inversement des vacances familiales à l'enfant élevé en collectivité. Pour l'inadapté non scolarisé, c'est une possibilité de vie dans une communauté enfantine, que lui proposent les colonies et les camps. Ces loisirs collectifs ont un rôle important dans la sociabilisation de l'enfant et, donc, dans sa réadaptation.

C - POURQUOI SEGREGER ?

Il est peut être indispensable de ségréger au niveau de l'école, l'acquisition des connaissances ne pouvant se faire que grâce à des techniques particulières pour les aveugles, les sourds, les débiles, par exemple ; pendant les vacances, les motifs d'ordre médical, les traitements réadaptatifs à poursuivre, le respect des règles de sécurité, la nécessité d'un encadrement plus important et plus spécialisé, ajoutés à la possibilité d'obtenir une prise en charge par la Sécurité Sociale sont les principaux facteurs de ségrégation, mais ces motifs ne sont que les plus apparents et officiels; il en existe d'autres, implicites, d'ordre social. Beaucoup d'enfants partent en colonie spécialisée parce qu'ils sont refusés dans des colonies normales qui craignent qu'un ou plusieurs inadaptés ne perturbent la collectivité, en rompent le rythme et posent des problèmes matériels, médicaux ou de sécurité insurmontables.

(1) Service Extension du scoutisme - 135, Boulevard Saint-Denis - COURBEVOIE

D - POURQUOI INTEGRER ? DANS QUEL BUT ?

Parmi les enfants reçus en colonies spécialisées, seuls 10% relèvent vraiment de celle-ci ; or, tous s'intègrent à la collectivité soit-disant pathologique et qui, de par la réalité de sa composition (90% d'enfants non handicapés) est très proche de la normale. D'autre part, un certain nombre d'enfants part en collectivité sans que leur handicap ait été signalé et, sur place, si l'équipe d'encadrement est assez tolérante pour les garder, les vacances se passent généralement bien. Il arrive d'ailleurs fréquemment que l'inadapté ne soit pas reconnu comme tel. Ainsi, un Directeur s'inquiéta qu'une fillette de 12 ans n'écrive jamais à ses parents, il demanda une enquête, craignant qu'il ne s'agisse d'un cas social ; en fait, l'enfant ne savait ni lire ni écrire, elle était débile et pensionnaire dans un institut médico-pédagogique : elle s'était si parfaitement intégrée que son déficit était passé inaperçu.

L'intégration de quelques enfants inadaptés à une colonie est chose possible. Pour tenter cette expérience, il faut non seulement y croire, mais aussi en espérer un résultat : la plupart des handicapés légers et moyens devront vivre dans la Société ; ils devront y travailler ; or l'école ne les y prépare qu'imparfaitement, puisqu'elle ségrège le débile, qui ne peut faire d'acquisition dans une classe normale et la perturbe, l'infirmes moteur, afin qu'il puisse pratiquer plus aisément sa rééducation motrice, le déficient sensoriel qui nécessite des techniques particulières, le psychotique placé en hôpital psychiatrique.

Ayant été mis à l'écart pendant son éducation, l'enfant devenu adulte ne saura pas vivre avec les "normaux". Pour ce faire, il aurait eu besoin d'apprendre à ne pas trop leur demander, à ne pas être gêné ou honteux à leur contact, à les démystifier et à vivre autrement que centré sur son déficit. De même, les valides, par des contacts précoces avec les inadaptés, doivent éviter de se créer, à priori, des phobies et cette crainte des handicapés, que l'on rencontre chez l'adulte et non chez l'enfant.

Les vacances sont un moment propice pour débiter une intégration, car elles sont courtes, et ne coupent que peu le contact avec la famille. Elles sont une période de détente et de loisirs pendant laquelle les enfants sont plus libres et moins mis en compétition les uns avec les autres.

Elles permettent pour certains handicapés de résoudre d'éventuelles situations conflictuelles et réalisent une thérapie de réinsertion de l'inadapté mental, à tel point que ces séjours en colonies normales ont été parfois compté dans le prix de journée des Instituts Médico Pédagogiques. Dans tous les cas, le séjour en colonie normale,

s'il se passe bien, montre aux parents que leur fils ou fille est un enfant à part entière, qu'il est capable de vivre dans une collectivité enfantine de loisir ordinaire et que sa place dans sa famille n'est pas celle que les parents lui ont assignée.

L'enfant sain grâce à ces colonies est moins surprotégé des réalités de la vie, il apprend que "l'autre" peut être différent et qu'il doit être respecté. Il reconnaîtra l'inadapté comme étant intrinsèquement un homme, aussi valable que lui et cette ouverture d'esprit ne peut lui être que bénéfique.

II - LES COLONIES ORDINAIRES

Les colonies peuvent être organisées par des entreprises ou des administrations, des municipalités, des caisses des écoles, des établissements d'enseignement secondaire publics ou privés, des patronages religieux, des organisations charitables, des associations laïques, etc.....

Elles sont ouvertes aux enfants "sains" (1). La législation ne définit pas ce qu'est un être sain. Ainsi si chacun s'accorde à exclure de ces colonies les enfants représentant une maladie contagieuse ou évolutive grave, certains interprètent "sain" comme "non malade" et dans ce cas, tous les bien-portants présentant un déficit moteur, intellectuel ou sensoriel, pourront être compris dans cette définition ; de même, sain peut indifféremment vouloir dire sain de corps ou d'esprit et ce ne seront pas les mêmes catégories de "colon" que l'on acceptera dans un cas ou un autre. En fait "sain" est souvent pris dans son sens le plus restrictif et seul est admis l'enfant en bonne santé ne souffrant d'aucun déficit sévère, c'est-à-dire que l'inadapté est considéré comme un malade chronique. Au contraire, les handicapés très légers sont généralement acceptés, ainsi que les enfants présentant une boîterie, une myopie, quelques troubles du comportement, une débilité légère compatible avec une scolarité en classe de perfectionnement. Pour beaucoup d'organisations, ils entrent dans les limites de la normalité et forment même parfois le gros de leurs effectifs. Les déficients sensoriels, mal entendants, amblyopes et même sourds démutisés et aveugles, sont parfois acceptés, car, apparemment et à priori, ils ne gênent pas la collectivité. On voit ici le principal motif de ségrégation : ceux qui ne gênent pas la collectivité et les personnes qui en assument la charge seront acceptés, les autres par trop différents, rejetés. Le malaise face aux inadaptés est identique au malaise face à l'étranger, face à celui qui est différent et qui se situe, volontairement ou non, hors des normes habituelles du jugement.

On retrouve aussi en colonie des enfants atteints de handicaps relativement sévères et parfois médicaux, qui sont passés au travers du filtre de la visite d'aptitude, soit que le médecin ait jugé qu'un séjour en colonie normale serait favorable à cet inadapté, soit qu'il n'ait pas remarqué le déficit, le nombre d'enfants à examiner par heure étant trop important ; c'est ainsi que des asthmatiques, des épileptiques, des débiles légers, des caractériels

(1) Article 3 de l'arrêté du 19 Février 1963.

et parfois même des psychotiques, passeront au travers des mailles de ce filet. Enfin, il peut arriver que l'enfant échappe à cette visite.

L'intégration de ces handicapés se fera généralement bien, à la condition toutefois que l'encadrement les ait acceptés, sinon très vite, le rejet par les adultes entraînera un rejet par les enfants. La tolérance face aux inadaptés variera suivant la personnalité des équipes d'encadrement, mais cette attitude, positive ou non, sera toujours copiée secondairement par les enfants, bien que dans un premier temps et quelle que soit l'attitude de leurs aînés, ils aient accepté leur compagnon handicapé.

Il est cependant un type de handicap qui est généralement fort bien accepté: c'est celui, temporaire, de l'enfant sortant de l'infirmierie. Hormis des cas rares, où le petit malade est systématiquement renvoyé dans ses foyers, il est généralement gardé à l'infirmierie, ou, si son état est trop sérieux, hospitalisé; ensuite, il est réintégré à sa place dans la collectivité; pourtant, c'est alors un convalescent, que l'on ménage et qui ne suit pas toujours le rythme rapide de la colonie; par conséquent, c'est un enfant provisoirement handicapé et qui n'est pourtant pas l'objet d'un rejet. C'est que tous voient en lui l'enfant "sain" qu'il était et qu'il sera; il n'est donc pas un corps étranger qui gêne et qui blesse.

A - BUT DES COLONIES

Après la guerre, ce type de vacances enfantines s'est beaucoup développé, répondant à une exigence médicale et de gardiennage. Il fallait offrir aux enfants une nourriture saine et équilibrée, dont ils avaient besoin en ces périodes de restrictions, et leur permettre de se reposer en passant un mois au grand air, loin de l'atmosphère polluée des villes. Pendant ce temps, leur famille, déchargée momentanément d'une tâche pouvait, elle aussi, se reposer. On occupait en les surveillant des enfants qui, sans ces structures d'accueils, auraient réduits à jouer dans la rue et à y vivre dans une promiscuité dangereuse pour leur avenir social.

Peu à peu, les colonies ont eu des buts plus ambitieux : pédagogiques par exemple, parfaire l'éducation de ces enfants, combler les lacunes familiales, leur apprendre le "savoir vivre", à se servir de leur propre corps, à utiliser différents instruments, éveiller leur sens artistique, enfin leur apprendre à se déterminer librement.

On a beaucoup insisté sur l'importance de la vie en collectivité en tant qu'éducation sociale, c'est d'ailleurs actuellement encore, le grand but de ces vacances dans les pays de l'Est. L'enfant y apprend à vivre avec les autres, en respectant le bien-être et la liberté de chacun, y acquiert le sens du bien commun.

Enfin, certaines organisations espèrent aussi, par ces vacances, agir quelque peu sur les problèmes psychologiques de l'enfant, soit qu'il soit surprotégé, soit qu'il vive dans un climat d'insécurité dans sa famille, en lui offrant un milieu accueillant pendant un laps de temps court.

B - IMPLANTATION

Les centres sont situés au bord de la mer, en montagne, ou à la campagne, rarement à proximité d'une ville. Certains le déplorent, car la ville pourrait être un lieu de découverte pour le petit campagnard, ou un centre d'intérêt et d'activité pour l'adolescent; de plus y sont réunies les sources culturelles (concert, théâtre, musée) auxquelles certaines directions de colonies voudraient initier les jeunes.

Généralement, le centre de vacances est situé dans un parc ombragé, permettant de nombreuses activités aux enfants. Idéalement il faudrait y réserver une place pour "l'aventure", afin de respecter l'imagination et de permettre une confrontation avec le danger. C'est à l'encadrement de veiller à ce que celui-ci n'ait pas de cause matérielle : arbre pourri par exemple; en fait, les directions sont généralement trop soucieuses du respect des règles de sécurité pour accepter "l'aventure".

Les locaux sont en "dur" pour les moins de 12 ans et comprennent des dortoirs ou des chambres, des sanitaires, des salles permettant jeux et ateliers d'intérieur, un réfectoire, des cuisines, des chambres du personnel. L'infirmerie est un peu à l'écart avec ses chambres d'isolement. Les aînés jouissent, soit des mêmes conditions, soit couchent sous de grandes tentes collectives. Une réglementation sévère indique les règles d'hygiène générale et des locaux, le cubage d'air par enfant, la taille des pièces, l'écartement des lits, etc.. Le centre peut comprendre une cinquantaine à plusieurs centaines d'enfants âgés de 6 à 14 ans. Pour les aînés, des camps d'adolescents ont été créés et, pour les plus jeunes, quelques expériences de colonies maternelles ont été tentées. Dans les centres des grands organismes, les "colons" sont groupés par âge, dans ceux des petits organismes, tous les âges cohabitent. Jadis, les colonies avaient un effectif féminin ou masculin; depuis quelques années, on tend à les rendre mixte. Une réglementation sévère exige, dans ce cas, de les séparer à partir de 6 ans au dortoir.

C - L'ENCADREMENT

L'équipe de Direction prépare généralement le séjour par une ou plusieurs réunions où l'on évoque le déroulement de la colonie et les différents problèmes qui pourront se poser.

L'encadrement est important, son nombre est fonction de celui des enfants. Il est formé, soit par l'organisation même de la colonie, soit par les C.E.M.E.A. (1) ou d'autres organismes identiques, où les diplômes obtenus sont nationaux.

- a) Le Directeur de la colonie possède un diplôme obtenu après avoir été Directeur Adjoint et après avoir effectué 2 stages en colonie.
- b) Il est assisté par un ou plusieurs, selon la taille de la colonie, Adjoints "possesseurs", eux aussi, d'un diplôme et ayant déjà encadré une session : ils s'occupent de la coordination des activités des enfants.
- c) Un économiste, ayant effectué un stage, s'occupe des achats, veille à la bonne marche matérielle et financière de l'établissement et établit les menus en fonction des besoins des enfants suivant leurs âges. Son travail est soumis à une réglementation stricte.
- d) Un ou plusieurs assistants sanitaires, étudiants ayant déjà validé trois inscriptions en médecine, ou une infirmière, après un stage préparatoire, s'occupent de la surveillance médicale des enfants et vérifient que les règles d'hygiène sont partout bien appliquées à la colonie. Ils doivent aussi se préoccuper de l'hygiène mentale des enfants et pour cela participer à la vie de la collectivité.
- e) Les moniteurs, un pour dix enfants en moyenne, un peu plus chez les plus jeunes, encadrent directement les enfants. L'obtention du diplôme se fait après une session, précédée d'un stage théorique. Un minimum de 30% de diplômés est exigé par le Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports. Ils sont aidés dans certaines tâches par des moniteurs spécialisés, tels que les surveillants de baignades.

La plus grande partie de l'encadrement a un quadruple recrutement:

- 1) Le corps enseignant,
- 2) Le milieu étudiant,
- 3) Le personnel de l'entreprise ou de l'Administration, organisatrice de la colonie,
- 4) L'équipe de la Maison des Jeunes, si l'organisateur est une municipalité.

En règle générale, ceux qui, pendant l'année, ont une part active dans l'Association ou l'Oeuvre Organisatrice font partie de l'encadrement de la colonie.

Par contre, le personnel de service est généralement composé de professionnels, il est souvent plus âgé. Dans certaines colonies, on le cantonne aux tâches matérielles, dans d'autres, on essaie de l'intégrer à la vie des enfants.

(1) Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active - 6, rue Anatole de la Forge - PARIS 17ème

D - LES ACTIVITES

Les enfants sont généralement réunis en équipes d'une dizaine, dirigées par un moniteur. On rassemble les équipes en grand groupe, afin d'offrir à tous un grand choix d'activités, chaque adulte prend en charge celle où il excelle.

Lorsque la colonie est mixte, les filles et les garçons peuvent être, soit chacun dans un grand groupe, soit mélangés. La mixité s'opère rarement au niveau des équipes, qui, le plus souvent, ne sont organisées que pour faciliter la vie matérielle, toilette, coucher, etc..... Il arrive parfois, comme c'était le cas il y a quelques années, que les enfants soient cantonnés dans cette petite unité, chacune d'elle ayant ses propres activités et ses membres étant obligés de se plier à des choix qui ne sont pas les leurs. Parfois encore, le cadre éclate totalement et tous vivent en commun, le choix d'activités est alors immense, mais ce type de structure présente deux risques:

- 1) La sécurité peut y être moins bien assurée, aucun moniteur n'étant particulièrement responsable d'un nombre restreint de " colons " .
- 2) Les plus petits ne trouvent plus un cadre de vie à leur mesure; sans "leur" moniteur, "leur" équipe, ils peuvent éprouver un sentiment d'insécurité.

L'équipe permet donc une transition entre le milieu familial et la collectivité entière; elle offre déjà des possibilités de relations interpersonnelles larges.

L'heure du lever peut être fixée ou échelonnée, chacun se réveillant à son heure et apprenant à se lever sans gêner ceux qui dorment encore. L'heure du coucher, par contre, est généralement fixe dans une même collectivité et varie avec l'âge des enfants.

Les repas sont précédés d'un court moment de repos et ne doivent pas être l'occasion d'une lutte entre les "petits appétits" et les moniteurs. Généralement, on ne force pas l'enfant à manger ce qu'il n'aime pas ; mais il doit y goûter. Les "colons" s'y retrouvent groupés en équipes ou choisissent librement leur place. Un moniteur prend ses repas à chaque table d'enfants. L'équipe de direction peut être, elle aussi, mêlée à tous, ou se regrouper à une table distincte. Les repas sont l'occasion de faire acquérir à chacun un certain " savoir vivre " .

Les enfants font chaque jour leur toilette, le rythme des douches est fixé par le nombre de sanitaires disponibles et les éventuelles coupures d'eau, (au minimum, il est de 2 par semaine).

Comme on l'a vu, les enfants sont généralement intégrés pour les loisirs, dans un grand groupe où un choix d'activités diverses leur est proposé ; le plus souvent, le matin est réservé aux travaux manuels et artistiques d'atelier ; l'après-midi aux grands jeux, aux promenades, éventuellement aux baignades et aux autres activités spécifiques à la colonie.

Tant dans la matinée que dans l'après-midi, on consacre une part de temps importante aux jeux qui varient selon les âges des enfants ; les petits joueront d'abord à des jeux d'imitation et sensori-moteurs ; en grandissant, ils passeront à des jeux de fiction, de prouesse, enfin à des jeux de règles. Généralement, hormis les jeux organisés par les adultes, on laisse chaque jour des temps de morts aux enfants pour leur permettre de jouer librement par tout petits groupes, ou parfois même seuls. En fait, à partir de 5 ans, âge minimal pour aller en colonie, les enfants ont besoin les uns des autres pour jouer, d'abord côte à côte, puis ensemble.

La colonie permettant à l'adulte de participer aux activités ludiques des enfants est très bénéfique à ceux-ci, car, "le jeu est un mode relationnel avec l'adulte, il n'exprime pas seulement les possibilités que l'enfant a de s'opposer à sa dépendance et d'acquiescer une certaine autonomie, il peut aussi symboliser et exprimer une relation positive, il peut être un des modes de relation des plus valables et des plus constructifs avec l'adulte" (1). D'autre part, la colonie satisfait, avec des "colons" d'âge différent, "l'appel de l'aîné" (2), si important dans les activités ludiques de l'enfant.

Enfin, la part importante de temps qui est consacrée au jeu donne à la colonie une grande valeur formatrice, car "le jeu de l'enfant a sa fin en lui-même dans l'affirmation du moi. Ce n'est pas un délassement, c'est le travail, le bien, l'idéal de la vie" (3).

Afin de permettre aux enfants ces activités ludiques, la colonie devra être équipée en jouets, en se rappelant que certains d'entre eux, naturels (la terre, l'eau), sont excellents car ils permettent à l'enfant d'explorer la nature, d'exercer ses forces corporelles et spirituelles, d'apprendre à agir, de s'identifier à ceux qui l'entourent et de prendre ainsi conscience de lui-même.

Les promenades doivent être l'occasion d'éveiller l'intérêt de l'enfant et non pas une marche forcée. On voit d'ailleurs de moins en moins ces files de "colons" en rang, chantant en chœur le long des routes, de plus en plus les enfants vont, groupés à leur gré, sur des petits sentiers et la promenade est l'occasion de visiter une ferme, un zoo, etc., de ramasser des fleurs, des feuilles, des coquillages dont on se servira plus tard à l'atelier, d'apprendre à découvrir le monde autour de soi.

Les travaux manuels et artistiques plaisent généralement beaucoup aux enfants qui sont très fiers de ramener leur oeuvre au foyer. On évitera le bricolage inutile, pour essayer d'inculquer aux enfants une technique et "l'oeuvre" fabriquée sera, bien-entendu, de difficulté croissante avec l'âge, mais aussi sera fonction des centres d'intérêts ; ainsi les petites filles feront des poupées de laine et les grandes des sacs de plage en corde, des colliers en émaux, etc.... On favorisera les techniques d'adultes, les ateliers de photo où le jeune apprendra à se servir d'un appareil avec art, à développer les pellicules ; etc....

(1) Lebovici et Diatkine « Fonction et signification du jeu » dans la psychologie de l'Enfant
Ed. Presses Universitaires de France 1962, Volume V, fascicule I - page 235

(2) Chateau - « L'Enfant et le Jeu » Ed. du Scarabé - 1950

(3) Claparede - « Psychologie de l'Enfant et Pédagogie expérimentale » Tome I
Ed. Delachaux et Niestlé - 1946 - Page 179

Certaines colonies peuvent avoir des activités particulières : baignade, escalade, canotage, etc..... on en profitera là encore pour donner une technique aux enfants. Enfin, si certaines colonies pratiquent quelques sports : football, volley-ball, ping-pong, les jeux présportifs ont plus généralement la faveur des directions. On évite en général les compétitions, surtout individuelles, mais les rencontres entre colonies ou les traditionnels "jeux olympiques" à l'intérieur même du centre rompent avec cette règle.

La journée est coupée par une sieste, généralement obligatoire, où les enfants ont souvent, encore maintenant, l'obligation de rester allongés une heure ou plus en silence ; actuellement, elle tend à devenir "libre", c'est-à-dire que, dans le calme, chacun se repose et peut s'occuper sans bruit à lire à écrire ou même à jouer. La lecture n'est guère pratiquée par les enfants qu'à la sieste et au coucher, ou encore lorsque malades, ils sont immobilisés à l'infirmerie. Les goûts des enfants en vacances restent sensiblement ceux qu'ils manifestent pendant l'année et la colonie semble n'avoir que peu d'impact sur leur choix.

La journée s'achève par une veillée, très différente chaque fois, regroupant l'équipe, le grand groupe ou toute la colonie selon les jours. Elle peut être l'occasion d'une promenade, d'un jeu, d'une histoire racontée par un moniteur ou de chants et de danses ; suivant les goûts et les tendances de l'équipe de direction, certaines colonies chanteront ou danseront beaucoup, d'autres pratiquement jamais.

Chaque semaine, les petits "colons" ont l'obligation d'écrire à leurs parents, mais ils peuvent le faire plus souvent s'ils le désirent. Le courrier qu'ils reçoivent est attendu avec impatience et parfois, cela est l'occasion de drame pour ceux qui sont délaissés par leur famille. Dans certaines colonies, les moniteurs quittant le centre pendant leur jour de congé, en profitent pour envoyer une carte à ces enfants. Il y a de toute façon un gros effort d'éducation de la famille à faire pour éviter que colonie égale rejet. Inversement, certains parents surprotecteurs viennent visiter leur fils ou leur fille durant le séjour, cela est souvent peu apprécié par l'équipe d'encadrement qui craint que cela ne rompe le rythme de la collectivité et fasse apparaître aux yeux des enfants des différences et des problèmes sociaux et psychologiques sous-jacents.

Enfin, certaines équipes de direction se préoccupent de faire participer très activement les "colons" à leurs vacances et organisent, parfois même chaque jour, des réunions où ils fixent eux-mêmes l'éventail des activités du lendemain, les menus, les règles de discipline, etc.... certains élisent même leur représentant, mais cela est en fait fort rare.

La participation des enfants, dans la majorité des colonies, se borne à choisir parmi ce que les adultes leur proposent et parfois même cette participation est réduite à néant : les activités étant obligatoires pour tous à l'intérieur d'une même équipe.

Il faut d'ailleurs savoir que, dans le cas où les enfants choisissent leur éventail et participent activement, ce sont d'une part souvent les mêmes, (quelques-uns seulement) qui se révèlent les leaders, imposent leur volonté et leurs décisions, entraînent tout le groupe et, d'autre part, les plus petits choisissent comme les autres membres de l'équipe, ou selon le choix du moniteur à qui ils sont attachés et qu'ils ne veulent pas quitter. Mais peu à peu, au cours du séjour, ils apprennent quand même à se déterminer plus librement.

E - LES PROBLEMES PSYCHOSOCIOLOGIQUES -

Le "colon" est un enfant temporairement séparé de sa famille. La manière dont les parents ont préparé cette séparation est très importante, afin qu'elle ne soit pas vécue comme un rejet ou une punition, mais au contraire, comme valorisante et gratifiante. Le séjour se déroulera bien si les parents par un courrier fréquent et affectueux, montrent à l'enfant que nul ne se désintéresse de lui, mais, qu'au contraire, il vit une aventure qui passionne une famille. La présence de frère, de soeur, surtout au commencement de la colonie, peut aider à l'intégration des enfants. Les membres d'une même fratrie, qui sont d'âges variés, seront répartis dans des groupes différents, mais au début du séjour, à leurs moments de liberté, on les verra se regrouper. On a remarqué que ce sont les fils uniques ou les enfants de familles nombreuses qui s'intègrent le plus difficilement et qu'à l'intérieur d'une même fratrie, l'aîné s'adapte mieux que les cadets.

Enfin, les structures de remplacement et d'accueil, c'est-à-dire l'équipe d'encadrement et de direction, ont un rôle fondamental à jouer. Ils ont à dépister très vite les enfants qui ne s'intègrent pas et à les aider. Pour cela, ils peuvent se baser sur les critères approximatifs d'adaptation d'un enfant à une collectivité qui sont: l'aisance, les bonnes relations avec les autres enfants et les adultes, la participation aux activités collectives; toutefois, l'aisance, les premiers jours, peut être masquée par une "conduite d'exploration" qui laisse présager d'une bonne adaptation ultérieure (1).

Comme tous les enfants en collectivité, les "colons" vont nouer des relations affectives les uns avec les autres; ce sera surtout visible chez les plus âgés, où l'on verra des "paires" d'enfants, ou de petits groupes, toujours ensemble. Chez les plus jeunes, les "amis" seront choisis dans le voisinage immédiat, la même équipe, souvent la même chambre. C'est au moniteur d'empêcher les exclusions et les inimitiés. Peu à peu, avec l'âge croissant des enfants, on voit se dessiner, surtout chez les garçons, les "leaders" et se former "le groupe" généralement composé de plusieurs "colons", membres d'une même équipe ou d'un même grand groupe.

(1) ZIV (A) Vie des enfants en collectivité. Etude de psychologie clinique: PARIS. UNCAF 1965, 284 P.

Face à l'encadrement, les sentiments de l'enfant seront divers, mais toujours pour lui, c'est avant tout l'interlocuteur adulte. Les plus petits chercheront à se faire mater, les plus âgés à être pris au "sérieux". Si le moniteur leur est proche, plus par sa présence constante que par son âge, le directeur est souvent un personnage, un peu mythique, que l'on redoute. Le personnel de service, au contraire, apparaîtra rassurant. Pour l'enfant, l'assistant sanitaire est le "médecin" et il va plaquer sur lui tous les fantasmes familiaux dont il est imprégné. Mais, au cours du séjour, sa représentation dans l'esprit de chacun peut se modifier, surtout si l'assistant sanitaire prend une part active à la vie générale et se préoccupe de l'hygiène mentale des enfants ; alors, bien souvent c'est l'image même du médecin qui se modifiera dans l'esprit de chacun.

L'encadrement, en fonction de sa place, a une vision différente du "colon". Le moniteur connaît tous les enfants dont il a la responsabilité et que son attitude soit permissive ou dirigiste (1). il pourra la pondérer en fonction de chacun.

Par contre, le directeur, éloigné des "colons", ne pourra les percevoir que comme un tout, le caractère permissif ou dirigiste de son attitude, s'il influera sur le fonctionnement général de la colonie, ne pourra atteindre les enfants individuellement. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que chacun connaisse le directeur, tout comme l'assistant sanitaire, et sache que ceux-ci peuvent toujours leur consacrer individuellement un peu de leur temps.

F - LES PROBLEMES MEDICAUX -

Théoriquement, l'enfant en colonie est en bonne santé ; pourtant, à chaque séjour, plusieurs d'entre eux séjournent à l'infirmerie, atteints des maladies épidémiques de l'enfance (oreillons, rougeole, coqueluche, etc....) ou de maladies plus générales (otite, angine, bronchite, etc...) ou encore d'affections chirurgicales (appendicite ou fracture de jambe par exemple). L'assistant sanitaire ou l'infirmière doit alors, non-seulement veiller sur la santé de l'enfant, mais encore lui donner l'impression d'être toujours en vacances, en lui apportant de la lecture, des jeux et en y participant, en favorisant, dans la mesure où l'enfant n'étant pas contagieux est donc non isolé, les visites de ses camarades et moniteurs.

Certains "colons" seront amenés à l'infirmerie pour des troubles psychosomatiques, souvent mineurs (urticaires, diarrhées, algies diverses par exemple). Les parents surprotecteurs des enfants habituellement atteints de manifestations psychosomatiques majeures ne s'en séparent que rarement pour des périodes de plusieurs semaines . Ce sont donc des enfants apparemment indemnes que l'on retrouve en colonie et ces troubles, qu'ils peuvent alors présenter, sont nouveaux chez eux, ils sont la manifestation de cette angoisse que

(1) A propos de l'encadrement : permissif sera employé au cours de ce travail comme opposé à repressif, et directif comme imposant sa volonté à celle des enfants sans les laisser eux-mêmes se déterminer.

ressent l'enfant séparé de sa famille. Ils sont souvent plus facilement décelés en collectivité que dans les foyers et sont, par conséquent, plus fréquents en colonie, non en nombre absolu, mais relatif, sur cette population enfantine préalablement indemne. Le rôle de l'assistant sanitaire est alors fondamental ; il doit, d'une part, prendre lui-même en charge l'enfant et, d'autre part, expliquer à son moniteur pourquoi l'enfant présente de tels troubles. Il en est de même lorsque, comme c'est fréquent chez les petits, l'un d'eux devient énurétique et c'est toujours avec beaucoup de discrétion que l'on doit régler les problèmes matériels que cela occasionne.

Certains enfants, sans être "malades" doivent poursuivre à la colonie un traitement, c'est à l'assistant sanitaire ou à l'infirmière d'y veiller le plus discrètement possible. Prendre un médicament peut-être valorisant, sécurisant, ou au contraire dévalorisant ou anxiogène. Tout dépend des habitudes de l'enfant et de la façon dont le médicament est perçu.

G - LES PARENTS

Selon le milieu social et le caractère des familles, les parents attendent plus ou moins de ce séjour. Pour certains, la colonie n'est qu'une garderie qui leur permettra de travailler sans se soucier de la sécurité morale et matérielle de l'enfant ou de partir tranquillement en vacances, ce qui est déjà une façon de rejeter l'enfant. Pour quelques-uns c'est remettre à d'autres, provisoirement, l'éducation de leur fils ou fille, qu'ils ne se sentent pas capables d'assumer. Pour d'autres encore, c'est assurer à l'enfant un mois utile à sa santé et à son développement. Enfin, pour certains, c'est un moyen de ménager le budget familial, certaines colonies étant très bon marché (50 Frs. à l'E.D.F. - G.D.F. pour un mois par exemple) et le trousseau est souvent fourni par les organisateurs.

L'attitude des parents face à la colonie et à son personnel sera fort différente selon la manière dont ils vivent cette séparation des vacances. Certains y verront une faute, un rejet de l'enfant, ou une démission éducative, dans ce cas, ils chercheront à se punir. D'autres auront conscience d'avoir accompli un acte utile et parfois même courageux : ils seront ainsi valorisés vis-à-vis d'eux-mêmes.

La majorité des parents est anxieuse à l'égard de ce qu'il pourrait advenir à leur enfant loin d'eux. Ils craignent que les grandes règles de sécurité ne soient pas appliquées, que l'on ne se préoccupe pas de ses petits problèmes (le faire couvrir quand il fait froid, lui faire porter son chapeau de soleil...) Ils craignent que, tombant malade, il ne soit soigné avec autant de dévouement que par eux mêmes. Enfin, ils ont peur que leur enfant ne s'ennuie loin d'eux et ne soit l'objet de malveillance de la part de ses camarades.

H - RESULTAT

Comme toute période de vacances, vécue à un rythme personnalisé, les résultats sur la santé de l'enfant sont bons. Le séjour est assez long pour qu'il puisse s'habituer au changement de climat et éventuellement d'altitude. Les activités physiques l'aident à se développer harmonieusement. Sur le plan psychoaffectif, ce séjour est surtout un facteur de maturation et d'équilibre. Le dépaysement, tant des lieux que des situations et des personnes, l'oblige à faire un effort d'adaptation souvent positif, surtout si le cadre est à la mesure de l'enfant pour que cet effort ne lui paraisse pas démesuré. Il faut éviter que la séparation d'avec les parents n'entraîne une régression affective et, pour cela, la manière dont est vécue la colonie par toute la famille, comme nous l'avons vu plus haut, est très importante. Au point de vue affectif, il va se créer des liens nouveaux tant avec les adultes qu'avec des enfants, mais ils sont souvent fugaces.

La colonie, pour beaucoup, permet par la mixité, une approche plus libre de la sexualité, loin des tabous familiaux, parfois malheureusement remplacés par ceux de l'encadrement. Surtout, la colonie, en permettant un apprentissage de la vie collective, a un rôle d'éducation et de brassage social qu'elle remplit généralement bien. L'enfant y découvrira les autres, s'exercera à une conquête du "moi", à une liberté, à une autonomie souvent neuve et prendra ses premières responsabilités.

Sur le travail scolaire, les résultats sont en général bons, l'enfant ayant exercé en colonie des facultés qui lui sont nécessaires à l'école : l'attention, la patience, l'imagination, etc....

III - LES COLONIES SPECIALISEES ET SANITAIRES

A - CONDITIONS D'ADMISSION -

Sont reçus en colonie sanitaire les enfants souffrant de déficience staturopondérale, asthénique, convalescents de maladie chirurgicale ou médicale et non contagieux. Les colonies spécialisées, organisées souvent par des Associations d'handicapés, prennent en charge un type particulier de déficit. Les séjours en colonies sanitaires sont pris en charge par la Sécurité Sociale, ainsi que ceux de certaines colonies spécialisées (ainsi, un Institut Médico Pédagogique qui organise une colonie spécialisée peut faire couvrir son prix de journée).

Les inadaptés sont des enfants au psychisme souvent fragile ; ils ont été surprotégés ou rejetés et ont souvent souffert d'hospitalisme ; leur déficit est fréquemment au centre de toutes les préoccupations familiales ce qui tend à en faire des introvertis ; ils sous-estiment souvent leurs possibilités et vivent dans un climat d'insécurité : il faudra donc leur faire prendre conscience de leurs capacités. Le type de leur déficit peut, dans une certaine mesure, influencer sur leur psychologie. En fait, tous les comportements, toutes les perturbations sont possibles chez tous les handicapés, comme on le verra plus loin avec l'étude de quelques dossiers.

B - LES BUTS

Les objectifs de ces colonies sont évidemment doubles : d'une part, ceux de toutes colonies (tels que nous les avons décrits précédemment) et d'autre part, des objectifs médicaux et rééducatifs.

Le gardiennage est, pour toutes ces familles, un motif important si, toute l'année, elles sont astreintes à une lourde charge, la possibilité de vivre à un rythme normal pendant un mois est un grand facteur de repos et d'équilibre pour tous. Le gardiennage des enfants pensionnaires durant l'année, n'est pas le but des organisations mais des parents rejetants.

L'objectif premier dans l'esprit de certains parents est d'assurer les règles de sécurité permettant à leur enfant (hémophiles et épileptiques non stabilisés surtout) de survivre ; le but des organisations est souvent différent : il s'agit d'apprendre à ces enfants à prendre certains risques, à les calculer et à les maîtriser.

Les colonies de jeunes diabétiques, sous l'influence du Professeur LESTRADET, sont elles aussi très tournées vers l'éducation, puisque le but de ces séjours est d'apprendre au jeune handicapé, sa maladie, son traitement et sa surveillance ; peu à peu l'enfant y acquiert une réelle autonomie, par la prise en charge par lui-même de sa maladie. Il connaît à la fin du séjour son régime, sait faire ses analyses, ses injections d'insuline et sait prévenir opportunément une hypoglycémie.

Le rôle éducatif des colonies pour jeunes débiles mentaux est plus vaste, il s'agit d'élargir le plus possible la connaissance d'eux-mêmes et du monde qu'ont ces enfants et leur assurer une autonomie plus grande.

Enfin les séjours pour les infirmes moteurs sont très orientés vers la rééducation fonctionnelle, ceux, pour les allergiques, les cardiaques, ainsi que les colonies sanitaires vers "une cure de santé". Si les séjours pour les handicapés mentaux, débiles, psychotiques, caractériels et délinquants, moments parfois privilégiés au cours d'une psychothérapie, sont très axés sur les problèmes psychologiques, les autres inadaptés ont, d'une façon moins spectaculaire, des problèmes identiques à résoudre et leur séjour peut avoir parfois une action bienfaisante.

C - IMPLANTATION

Les colonies sanitaires sont réparties dans des climats et à des altitudes variées, offrant ainsi un éventail de choix adapté à chaque cas ; elles peuvent être maritimes, en haute, en moyenne ou en basse altitude. Il en est de même pour les colonies spécialisées, selon le type des handicaps admis. En outre, on peut choisir un environnement particulier selon le type de déficit des enfants : terrain peu accidenté pour les infirmes moteurs et les hémophiles, "allergic free" pour les asthmatiques par exemple. La proximité d'un centre hospitalier où l'on pourra placer les enfants en cas de crise aiguë est indispensable, pour les asthmatiques, les myopathes, les diabétiques, les cardiaques, les épileptiques.

Dans le centre lui-même, le parc et les bâtiments sont aménagés en fonction des enfants reçus ; création d'ascenseur pour les cardiaques et de plan incliné pour les infirmes moteurs, balisage à l'aide de cordes traçant des routes pour que les amblyopes se dirigent sans peine, matériaux non allergisants pour les asthmatiques. Dans toutes ces colonies, l'infirmerie est particulièrement importante et doit être aménagée avec soin.

La taille du centre et l'âge des enfants reçus sont aussi variables que dans les autres colonies.

D - L'ENCADREMENT -

Il est généralement plus nombreux et mieux formé. Pour être agréé par la Sécurité Sociale, il doit correspondre à des normes tant qualificatives que quantitatives.

Selon le type du déficit des enfants et leur âge, un moniteur peut encadrer de deux à neuf "colons". Ils sont en partie ou en totalité spécialisés et sont souvent recrutés parmi les éducateurs spécialisés. Il en est de même du directeur. Un kinésithérapeute, un psychologue, ou un médecin fait souvent partie de l'équipe.

E - LES ACTIVITES

Les enfants sont groupés, soit selon leur âge, soit selon leur handicap et son degré.

Le rythme de vie est adapté à leurs possibilités et les actes de la vie courante occupent une part importante de la journée, surtout si le déficit est moteur : la toilette, la mise en appareillage sont quelquefois un peu longue, d'autant que l'on préfère perdre un peu de temps mais apprendre à l'enfant à se débrouiller seul le plus possible. Une autre partie de la journée est consacrée aux soins médicaux ou rééducatifs.

Comme ailleurs, le lever peut être fixe ou échelonné.

Les activités sont parfois limitées par le souci d'assurer les règles de sécurité imposées par le déficit de l'enfant. Ainsi, dès que l'on sort du parc avec des jeunes sourds, les moniteurs sont obligés de les avoir constamment sous les yeux, car, ne pouvant entendre les appels, ils se perdent facilement, cela interdit quelques jeux : cache-cache par exemple. On est obligé sur les routes de les surveiller étroitement car ils n'entendent pas le moteur des voitures, enfin certains d'entre eux souffrent de troubles labyrinthiques : il faut être vigilant lors des baignades et éviter la natation sous l'eau. On évite de mettre les épileptiques non stabilisés dans une situation où une chute se révélerait catastrophique.

On choisit un terrain peu accidenté et des jeux calmes pour les hémophiles, afin d'éviter les petits incidents qui pourraient être générateurs d'hémorragie et en particulier d'hématrose.

Les problèmes de sécurité des amblyopes sont peut-être plus simples à résoudre, dans la mesure où ces enfants sont très coopérants et savent éviter bien des dangers.

Comme on l'a vu, quelques jeux deviennent difficiles chez certains handicapés, pour des raisons de sécurité ; d'autres sont même impossibles pour l'hémophile, immobilisé au lit par une hémathrose, qui doit se contenter de jeux calmes.

Pour l'infirme moteur en chariot et surtout en fauteuil, on adapte pratiquement toutes les activités ludiques.

Le débile mental ne peut suivre les jeux de règles dès que leur niveau devient un peu trop complexe ; on préfère les orienter vers des jeux sensori-moteurs, de fictions et d'imitations, ainsi ils "jouent à vivre", ce qui est peut-être pour eux une occasion "d'apprendre à vivre".

Les possibilités sportives sont elles aussi souvent réduites. La gamme de sports que l'hémophile peut pratiquer est restreinte, tant pour des raisons de sécurité, que pour ses immobilisations fréquentes et ses déformations dues à ses hémarthroses.

De même, si le handicap du cardiaque est important, celui-ci aura peu d'activités sportives. Par contre, comme pour les jeux, les infirmes moteurs ont un choix varié de sports adaptés à leur déficit ; certains spectacles télévisés ont même signalé leurs exploits possibles au grand public.

La compétition peut être un stimulant, obligeant les inadaptés à dépasser leurs propres limites, mais les échecs qu'inéluctablement elle entraîne, peuvent faire régresser les enfants : il faudra donc la pratiquer avec beaucoup de précaution.

Tous ces handicapés pratiquent des activités d'atelier, simples pour les débilés mentaux, ne faisant pas appel à la vue pour les amblyopes, elles leur permettent de s'exprimer.

Les promenades et les activités de découverte sont possibles pour tous : pour ceux dont la mobilité est difficile, on peut s'aider de cars pour le transport des enfants, (par exemple cardiaques). Si l'encadrement est très important, les infirmes moteurs pourront se promener en chariot ou en fauteuil. On choisit avec soin les activités de découvertes profitables au débile mental.

A la veillée, tous participent, dans la mesure de leurs moyens : le chant pose des problèmes aux sourds et peut-être encore plus à leur entourage, car, même lorsqu'ils sont démutisés, un chœur de mal-entendants est toujours cacophonique. Il en pose aussi à l'infirme-moteur-cérébral, lorsque celui-ci a des troubles du langage et du rythme, ainsi qu'au myopathé dont les muscles respiratoires sont atteints.

Il est difficile à ces enfants de danser ainsi qu'aux handicapés moteurs, mais si ceux-ci sont en fauteuil, il est possible d'adapter certaines danses et d'en limiter les mouvements rythmés aux membres supérieurs.

Au contraire, ces activités sont très prisées des amblyopes et souvent aussi des débilés mentaux.

La lecture étant souvent impossible pour le débile, il faudra lui raconter des histoires. Certains handicapés ne peuvent lire, que si la colonie est équipée d'un matériel suffisant : tourne-page pour les infirmes moteurs, livre en braille pour les aveugles. De même quelques enfants ne pourront pas lire et rédiger leur courrier : c'est à leur moniteur de le faire à leur place, en essayant d'exprimer le plus fidèlement possible ce que ressent l'enfant.

F - LES PROBLEMES PSYCHOSOCIOLOGIQUES

Qu'ils soient handicapés ou non, le problème de tous les enfants partant en colonie est la séparation avec la famille, qui prend un aspect encore plus aigu chez les jeunes surprotégés ou souffrant d'hospitalisme.

L'inadapté, peut-être plus encore en colonie que pendant l'année, va se retrouver confronté avec son déficit, devant des situations et des êtres nouveaux, adultes ou de son âge ; les soucis scolaires et réadaptatifs passent au second plan et la manière dont l'enfant vit et voit son déficit est particulièrement critique.

Les handicapés entre eux, ont en premier lieu, des relations d'enfants à enfants. Le déficit de l'autre peut être un objet d'envie, s'il est considéré comme moins invalidant ou plus gratifiant, ou au contraire la vision du déficit de l'autre peut l'aider à surmonter le sien. Les enfants atteints de handicaps associés ou de "déviations intolérables et réprimées par l'éducation", comme nous le verrons plus loin, ont beaucoup de difficultés à s'intégrer dans un groupe.

Face à l'encadrement, les problèmes sont les mêmes que ceux de toute colonie, devant les adultes valides, les inadaptés peuvent soit conserver les comportements qu'ils avaient avec eux pendant l'année, soit, à la faveur des conditions nouvelles créées par les vacances, les modifier.

G - LES PROBLEMES MEDICAUX

Certains types d'inadaptation, telle l'hémophilie, confinent fréquemment l'enfant à l'infirmerie, il faut donc les prévoir en conséquence, ainsi que des activités pour ces jeunes malades.

La plupart de ces "colons" sont astreints à suivre un traitement : médicaments pour les diabétiques, les épileptiques, les asthmatiques, les enfants atteints de RAA ; rééducation pour les infirmes-moteurs ; il faut donc veiller à ce que toutes ces thérapeutiques soient suivies régulièrement.

Certains "colons" peuvent voir évoluer brutalement leur déficit durant le séjour. Les épileptiques peuvent faire un état de mal, les enfants atteints de RAA une nouvelle poussée ou banalement une angine, les diabétiques un coma diabétique ou hypoglycémique, les allergiques un choc, un état de mal asthmatique, les psychotiques une poussée évolutive, les délinquants un acte délictueux. Il est donc indispensable de prévenir et de traiter ces "crises aiguës", la surveillance médicale est par conséquent plus sévère que dans les autres colonies.

H - LES PARENTS

Les familles frappées par la malchance d'avoir un enfant inadapté subissent une grande détresse morale et se trouvent ainsi très perturbées sur le plan psychologique, elles réagissent souvent, devant ce facteur de déséquilibre, par une surprotection ou un rejet de l'enfant, par un repliement sur elles-mêmes ou au contraire une désagrégation de la cellule familiale.

Pour les parents, la colonie est souvent une garderie, une démission éducative ; ils espèrent que l'inadapté se formera et acquerra lors de son séjour tout ce qu'ils n'ont pas su lui apprendre, particulièrement tout ce qui touche à la propre prise en charge par l'enfant lui-même de son handicap. Lorsqu'on les interroge, c'est pourtant un but médical qu'ils invoquent généralement en premier lieu : la santé de l'enfant leur sert souvent d'alibi. Le fait que la colonie soit spécialisée et son personnel qualifié les tranquillise et les déculpabilise ; ils pensent généralement que la sécurité de leur enfant est ainsi assurée, qu'il reçoit les soins appropriés à son état et enfin qu'il n'est pas moralement isolé puisque tous les autres sont comme lui, malades.

I - RESULTATS

La santé de l'enfant dans ce milieu protégé, en cette période de vacances, évolue généralement de façon satisfaisante. Il apprend à connaître son handicap, ses possibilités et ses limites ; dans le cas du diabétique c'est tout ce qui concerne sa maladie qu'il lui est enseigné et il peut ainsi se prendre pleinement en charge. Connaissant ses limites et ses possibilités, il saura mieux utiliser ses facultés restantes, son autonomie sera plus grande et il pourra mieux surmonter son handicap.

La colonie permet à l'inadapté de sortir du cadre souvent étroit, hôpital, centre ou foyer, où le confine son déficit. C'est l'occasion de voyager, de découvrir la nature, les éléments, la nuit, l'eau, la vie d'un village. Pour les enfants non scolarisés, c'est l'occasion d'un apprentissage social, d'une vie en collectivité, la possibilité de rencontrer d'autres jeunes de leur âge et de s'identifier à eux. La mixité permet une approche de la sexualité dont leur connaissance est souvent très fruste, surtout chez les jeunes sourds et les débiles. Enfin l'enfant, d'une part par l'autonomie qu'il a acquis, d'autre part grâce à cette séparation d'avec la famille, verra parfois la surprotection dont il est l'objet régresser et pourra généralement s'y opposer plus aisément. Toute la famille, après ce mois de détente où elle aura pu vivre comme tout le monde, sera reposée et prête à mieux affronter les problèmes que lui pose le handicap de l'un des siens.

PREMIERE PARTIE

I - L'INTEGRATION DES INADAPTES DANS DES COLONIES " NORMALES " ORGANISEES PAR DES ASSOCIATIONS POUR HANDICAPES

Certaines organisations ont voulu mieux préparer l'inadapté à tenir sa place dans la Société ; elles ont donc ouvert leur colonie à la fois aux handicapés et aux enfants "sains".

Elles se divisent en deux grandes catégories :

- celles pour handicapés, plus soucieuses de ce type d'enfants que des "sains".
- celles pour "normaux", qui n'avaient pas l'habitude de ces "colons" un peu particuliers et ont découvert qu'il s'agissait d'enfants à part entière.

Nous allons donc, dans une première partie, exposer les expériences faites par des Associations pour inadaptés : infirmes moteurs, puis déficients sensoriels, visuels, et auditifs, ensuite psychotiques, enfin délinquants, et, dans une seconde partie, les colonies pour enfants normaux qui se sont ouvertes aux handicapés.

CHAPITRE I

INTEGRATION DES HANDICAPES PHYSIQUES

Nous allons maintenant traiter d'un certain nombre d'expériences d'enfants valides et handicapés moteurs, ayant passé ensemble un mois en colonie de vacances.

Nous avons sélectionné trois expériences pour le sérieux avec lequel elles ont été suivies et le caractère très différent de chacune d'elles.

Nous ne développerons pas les expériences :

- des Guides de FRANCE (1)
- des Scouts de FRANCE (1)
- du Groupe "Rencontre" de LYON
- de l'Association pour la Sauvegarde des Enfants Invalides (2)

En effet, les documents que nous avons pu recueillir à cet égard ont été trop fragmentaires, ainsi ces expériences n'apportaient rien par rapport à celles traitées. Elles ont été parfois effectuées dans le but de faire passer de bonnes vacances à des enfants déshérités, sans-doute avec beaucoup de charité et de bonne volonté, mais sans qu'elles aient été suivies avec une rigueur scientifique. De plus elles sont souvent anciennes. On ne peut donc en tirer que les conclusions ci-dessous, qui seront confirmées plus loin par les expériences que nous développerons : l'intégration est facilement réalisable chez le jeune enfant ; le moment le plus critique se situe vers 14 ans.

La compétition entre valides et handicapés peut-être plus mal supportée par le valide que par son camarade.

Contrairement aux jeunes enfants, les adolescents n'ont aucune tendance au maternage.

Les résultats les plus importants sont un gain d'autonomie et une sociabilisation plus grande, mais sur le plan affectif, il ne se crée que peu d'amitiés durables.

(1) - Guide France et Scouts de France : Service Extension du Scoutisme
135, Boulevard Saint-Denis - COURBEVOIE

Association des Amis de l'Extension du Scoutisme
21, rue Viete - PARIS 17^e

(2) - Association pour la Sauvegarde des Enfants Invalides
25, rue Croix Baragnon - TOULOUSE

I - EXPERIENCE CHEZ LES JEUNES ENFANTS, REALISEE PAR L'ECOLE MATERNELLE de GARCHES dirigée par MADEMOISELLE MILLOT

L'Ecole Maternelle de l'Hôpital Raymond Poincaré (1) a, depuis 1963, envoyé plusieurs années de suite des enfants atteints de handicaps moteurs divers (infirmes moteurs cérébraux, poliomyélitiques, spina bifida) en vacances avec une colonie d'enfants valides, grâce à l'entente réalisée entre "l'Hygiène par l'Exemple" (2) et "Essort et Joie" (3) qui depuis longtemps s'occupent des vacances des inadaptés.

A - CONDITIONS D'ADMISSION

Etaient reçus des fillettes et des garçonnets de 4 à 8 ans, à raison de 80 valides pour 18 handicapés physiques , parmi ces derniers certains étaient plus ou moins débiles, ou cas sociaux, presque tous avaient soufferts d'hospitalisme, tant à cause de la gravité de leurs lésions que de leur rejet par leurs parents. Ils présentaient donc, en plus de leurs troubles moteurs, sur un fond latent d'anxiété, un besoin pathologique de leur famille.

B - LES BUTS

On voulait sortir ces jeunes inadaptés pour un temps de l'hôpital et leur offrir des vacances au grand air . Mademoiselle MILLOT avait l'espoir de dépasser ce stade de gardiennage et souhaitait que ce séjour ait un quadruple aspect.

- I - Thérapeutique : un kinésithérapeute était d'ailleurs adjoint à l'équipe d'encadrement.
- 2 - Educatif : apprendre aux inadaptés tout ce dont ils sont privés pendant l'année : la nature, les contacts sociaux.
- 3 - De Sociabilisation : les faire vivre avec d'autres enfants.
- 4 - Psychothérapeutique : par l'insertion en milieu normal.

C - LES LOCAUX

La colonie était implantée en POITOU, en pleine campagne, et profitait d'un climat ensoleillé.

(1) - Ecole Maternelle de l'Hôpital Raymond Poincaré - 104, Avenue Raymond Poincaré - GARCHES

(2) - Hygiène par l'exemple - 11, rue Huyghens - PARIS 14ème

(3) - Essort et Joie - 106, Avenue Raymond Poincaré - GARCHES.

Les locaux étaient adaptés à cette expérience. Les communs du château de ROMAGNE, de plein pied, furent réservés aux handicapés et comprenaient, s'ouvrant directement sur l'extérieur, une grande chambre, à laquelle attenait une salle de bains et une pièce de rangement pour chariots et fauteuils. La salle-à-manger était aménagée pour que l'on puisse y installer les enfants en chariot. Pour compléter le tout, on avait construit 3 plans inclinés et une baignoire pour les bains de traitement.

Le château était au centre d'un parc ombragé avec autour de lui des fermes, une forêt, une grotte, une rivière qui permettaient des activités aventureuses ou de découvertes, des parties de pêche et des pique-niques.

D - L'ENCADREMENT

Celui de 80 valides était de type classique, en qualité et en quantité, celui des 18 handicapés était spécialisé et beaucoup plus nombreux, proportionnellement, un éducateur pour 2 ou 3 enfants en moyenne. Il leur avait été adjoint une infirmière et un kinésithérapeute.

La Directrice de l'Ecole Maternelle de l'Hôpital Raymond Poincaré dirigeait cette équipe ; elle est très soucieuse d'assurer à ses élèves une réinsertion sociale et, pendant l'année, favorise au maximum leur entrée à l'école communale.

Le personnel de service, commun aux deux équipes, participa pleinement à l'expérience.

E - LES ACTIVITES

Les enfants étaient séparés en deux groupes distincts, les valides d'une part, les inadaptés d'autre part.

Ils étaient réunis le matin en ateliers ou pour les jeux calmes, ainsi que lors des circonstances exceptionnelles : grande veillée, pique-nique, kermesse.

Toutes les autres activités ainsi que leur vie matérielle se déroulaient séparément.

Les malades de l'hôpital de GARCHES pouvaient, de ce fait, suivre un rythme plus lent, adapté à chacun suivant ses capacités physiques et les besoins de sa thérapeutique.

La journée débutait, pour les valides, à 8 h. 15, par le petit déjeuner. Les handicapés le prenaient plus tard à une heure variable, quand la toilette et l'appareillage étaient terminés, puis activités d'atelier et jeux calmes rassemblaient les enfants et leur permettaient de s'exprimer sans qu'aucun ne soit en situation d'infériorité. Pendant ce temps, à tour de rôle, les infirmes suivaient leur séance de rééducation ; après le déjeuner, le temps de repos allongé variait selon les besoins de chacun.

L'après-midi les "colons" étaient séparés : ceux de GARCHES participaient à des promenades à pied ou en voiture, visitaient des fermes, des villages, faisaient des achats dans les boutiques, allaient à la pêche ; toutes activités bien insérées dans la vie réelle et dont ces enfants étaient privés pendant l'année.

F - LES RESULTATS

Ils furent encourageants. Les huit premiers jours, les handicapés furent considérés comme des bêtes curieuses, ou des "bébés" que l'on pouvait contenter avec des amusements au rabais. La kermesse qui leur permit de se mesurer avec leurs camarades, marqua le début de leur intégration.

Les activités des jeunes infirmes, très attractives, ainsi que leur matériel (poupée, dinette, etc...) favorisèrent ce rapprochement, essentiellement fondé sur la camaraderie de jeux.

Peu à peu les inadaptés furent reconnus comme des enfants parlant, discutant et agissant, non-seulement comme les autres, mais encore avec les qualités d'énergie, d'esprit d'invention et de réflexion que leur handicap exige dans les ajustements aux situations de la vie courante. Peu à peu les regards, de protecteurs, sont devenus franchement amicaux, avec parfois une pointe d'admiration.

Certes, cette camaraderie n'a pas été entièrement collective et jusqu'à la fin il y a eu des regards de pitié ou de supériorité. Les derniers jours, les groupes ont éclaté : les enfants s'invitant mutuellement et réalisant ainsi de leur propre volonté une complète intégration. Il était intégré, ce petit I.M.C. de 6 ans "dépourvu des moyens ordinaires d'expression participant à la préparation d'une dernière fête, dans un dortoir où des camarades valides l'avaient conduit sur sa demande. Participation, oui si l'on en jugeait à sa joie, à la présence animée des autres à ses côtés, alors que sa participation n'était agissante ni en parole ni en acte, mais participation d'intérêt profond, que les autres avaient reconnue derrière la personne physique et à laquelle ils avaient su s'attacher " (1).

Les problèmes à cet âge sont peu complexes, les handicapés n'ont pas encore d'amertume, ils sont simples devant leur déficience, comme tous les enfants et cela les aide à s'intégrer, ils sont joyeux, dynamiques, très tournés vers la vie et se trouvent de plain-pied avec les autres enfants, avec le même désir de connaître le monde. Quant aux petits valides, ils n'ont pas encore perdu cette compréhension du "moi" d'autrui indispensable à la réussite d'une telle expérience.

Si l'encadrement, par ses actes, attitudes, paroles ou sentiments, ne vient pas contrarier cette bienveillance naturelle, l'intégration alors est aisée.

Il y a eu pourtant des échecs : échec quotidien quand il faut vivre dans ce corps qui ne peut répondre au vouloir, échec ressenti avec peut-être plus d'acuité, en face de "l'autre", qui, lui, n'est pas limité.

(1) A propos de la vie d'un groupe d'enfants handicapés dans une colonie de vacances pour enfants valides.

Pour terminer l'exposé de cette expérience, nous allons brièvement analyser deux cas opposés :

I - Un succès

BRIGITTE, sept ans et demi, infirme moteur cérébral, marche avec un déambulateur. Elle possède un mauvais niveau de langage et se présente comme un enfant très timide, très angoissée.

Dès son arrivée, deux petites valides lui enlèvent son déambulateur et la prennent par la main, elle est dès lors parfaitement intégrée et le restera pendant toute la durée de la colonie.

Au retour, elle s'est épanouie, son anxiété s'est apaisée, elle a pris beaucoup d'assurance et de distance vis-à-vis de son handicap, son langage s'est amélioré.

2 - Un échec

Il s'agit là encore d'un petit I.M.C., un garçonnet de six ans. Sa situation est particulière puisque sa soeur normale est dans le groupe des valides.

L'enfant semble regresser, il se montre insupportable, très agressif ; il est mal accepté par l'encadrement et les enfants. On a considéré que ce jeune I.M.C. avait de gros problèmes face à son handicap et qu'il n'avait pas accepté la présence de sa soeur dans le groupe des valides.

Deux questions se posent : l'encadrement avait-il accepté cette figure familiale, juge et contre-point du travail de l'équipe ? Fallait-il considérer cette agressivité comme une régression ou comme une quête affective ?

Déjà, se pose le problème des frères et soeurs, que nous développerons à propos d'une autre expérience.

G - AU TOTAL -

Les handicapés formaient un bloc trop compact et les enfants vivaient un peu parallèlement du fait de l'organisation mixte "Hygiène par l'Exemple" - "Essort et Joie", un seul organisme, une seule Direction auraient été plus souhaitables.

Fallait-il mélanger totalement les sujets ?

Certes l'intégration aurait été plus rapide, mais une telle méthode aurait nécessité :

- 1° - pour tous les enfants, un encadrement nombreux, de bonne qualité, très ouvert et peu dirigiste.
- 2° - une organisation très souple, permettant à chacun de vivre à son rythme, car l'inadapté a besoin de beaucoup de temps pour son lever, sa toilette, et son appareillage, de plus sa marche lente peut gêner une promenade.

La déségrégation progressive avait quelques intérêts :

- 1° - à cet âge, l'enfant normal comprend parfaitement le plus

handicapé et il le reconnaît comme un " enfant ", mais il tolère mal ce qui va à l'encontre de son éducation qu'il est encore trop jeune pour remettre en cause. L'apprentissage de la propreté fait qu'il lui est difficile d'accepter des malades atteints d'importants troubles sphinctériens tels que les Spina Bifida, qui sentent mauvais ; de même, il accepte mal les enfants mangeant très salement, tels que les I.M.C. ; il est peut-être préférable dans un premier temps de leur faire prendre leurs repas à part ; ils sont d'ailleurs gênés de manger en public, ce qui les dévalorise à leurs propres yeux. Pour les mêmes raisons on doit éviter de faire la toilette des handicapés devant les valides.

2° - Autre intérêt : c'est la participation des enfants à l'expérience qui la fait évoluer. C'est eux-mêmes qui ont volontairement réalisé l'intégration plus complètement qu'il n'était prévu.

II - EXPERIENCE AVEC DES ENFANTS PLUS AGES

L'Ecole Nationale de Perfectionnement de GARCHES (1), dirigée par Monsieur BELLY, envoie en colonie des garçons et des filles de 8 à 14 ans, réalisant une intégration complète des handicapés, on pourrait presque dire des valides, ceux-ci étant en minorité. Ces derniers sont souvent des enfants du personnel, des frères et soeurs d'infirmités, en tout cas des pré-adolescents au fait du problème.

A - BUT -

Le but est de faire vivre le plus normalement possible des jeunes inadaptés, en les intégrant à la vie du village, avec de jeunes valides.

B - LES CONDITIONS -

Les plus petits partent à VERNEUIL. La colonie est située au coeur de la ville et l'enfant vit au milieu des villageois, il retrouve une Société dont souvent il est coupé pendant l'année. L'aménagement est sommaire ; seuls des plans inclinés ont été construits pour desservir le premier étage.

Les plus âgés partent à FRANCE-VILLE sur la Côte Normande. Les locaux en préfabriqué au centre du village, sont mal adaptés, malgré quelques plans inclinés, ceci est volontaire pour éviter une trop grande facilité, peu stimulante pour les handicapés.

(1) Ecole Nationale de Perfectionnement - 106 avenue Raymond Poincaré - GARCHES

Chaque centre de vacances comprend un maximum de 35 enfants pour 25 adultes, dont 10 moniteurs spécialisés qui ont l'habitude de ces enfants pendant l'année et 10 non spécialisés. Un kinésithérapeute est adjoint à l'équipe.

C - ACTIVITES

Dans chaque colonie, les enfants sont groupés par affinité et par âge mental. Lors des repas et de la toilette, on évite de coupler jeunes valides et handicapés plus âgés, afin de ne pas blesser leurs pudeurs réciproques.

Le nombre important de moniteurs permet des activités très variées. On improvise des jeux et des sports plus dynamiques pour ceux qui en sont capables, sans que les infirmes puissent se sentir lésés; par exemple, à l'occasion d'une corvée, les valides jouiront d'une longue baignade supplémentaire ; par contre, toutes les activités communes sont identiques pour tous.

Les parents viennent parfois passer quelques jours au centre de vacances, ils y sont encouragés par la direction de l'organisme, mais pas toujours par le directeur de la colonie.

D - LES RESULTATS

Ils sont bons ; les enfants forment un groupe dont pratiquement personne n'est exclu, des amitiés se nouent sans exclusive. Le centre est bien implanté dans le village. On n'a pas constaté d'impact sur le psychisme des valides, peut-être parce qu'il s'agissait d'enfants au courant du problème, ayant l'habitude de vivre avec des handicapés.

Il est toutefois regrettable qu'un petit nombre de valides doit s'insérer dans cette communauté d'inadaptés, l'inverse serait plus souhaitable, car cela prépare mal, tant les uns que les autres, à une réelle intégration dans la Société où les handicapés sont heureusement fortement minoritaires. La vie au sein d'un village permet de rectifier un peu cette anomalie, dont le directeur est d'ailleurs très conscient.

III - EXPERIENCES : Les HANDICAPES et leurs FRERES et SOEURS

Le Sentier Fleuri (1) dirigé par Madame CADORET est organisé en fonction des handicapés tout en acceptant des valides.

Une vingtaine d'enfants de 6 à 14 ans, myopathes, infirmes moteurs cérébraux et poliomyélitiques, ainsi que leurs frères et soeurs et les enfants du village, y sont accueillis.

A - LES BUTS

Ils sont triples.

- 1°- Préparer l'invalidé à évoluer dans un monde normal, sans en exiger une aide permanente.
- 2°- Habituer le valide à vivre avec des camarades handicapés sans en être choqué et en ne lui apportant que l'aide dont ils ont réellement besoin.
- 3°- Les familles qui cherchent à ne pas séparer leurs enfants normaux et déficients sont celles où les problèmes psychologiques sont majeurs, où l'on demande trop aux frères et soeurs de prendre en charge l'inadapté. Le but réellement poursuivi alors est donc une thérapie de toute la famille perturbée. "Le Sentier Fleuri" veut enseigner à l'inadapté à ne pas monopoliser à son seul profit l'attention générale et apprendre à la fratrie à vivre avec l'invalidé, à ne l'aider que dans la mesure de ses besoins, à rester dans leur comportement et leur psychisme des enfants à peu près équilibrés et heureux, par là on agit sur les problèmes psychologiques posés à tous et en particulier aux parents par le handicap de leur enfant. Il faut arriver à les déculpabiliser, à apaiser leur anxiété et leur angoisse. Cette thérapie sera continuée au retour de la colonie. Pour cette raison ne sont acceptés que les frères et soeurs des handicapés dont les familles acceptent cette prise en charge ; cela est particulièrement délicat, car les parents acceptent mal de voir

(1) Le Sentier Fleuri - Boite Postale 17-08 - PARIS 8ème.

les rapports de leur enfant avec autrui et ses possibilités évoluer et, par conséquent, son statut au sein du groupe familial remis en question.

B - IMPLANTATION ET ENCADREMENT -

Le centre de vacances est situé en Haute-Savoie dans un village (St. JOIRE-EN-FOSSIGNY).

Les locaux sont inadéquats et peu confortables, les dortoirs sont à l'étage et, en l'absence de plans inclinés, on doit y porter les infirmes.

Les moniteurs sont tous valides afin qu'ils ne puissent projeter leur déficit sur celui de l'enfant. Ils sont choisis parmi des stagiaires d'écoles d'éducateurs spécialisés. Le personnel de service, dont le rôle pédagogique et thérapeutique est moindre, est parfois handicapé.

C - RYTHME DE VIE ET ACTIVITE

Une monitrice, pour les actes de la vie matérielle, encadre une équipe de trois "colons" comprenant un valide et deux handicapés à des degrés différents.

Chaque enfant vit à son rythme et organise son programme ; seule est fixée l'heure des deux principaux repas, de la sieste et du coucher. L'enfant a donc toujours le choix de son activité.

En atelier, les valides font, soit des oeuvres particulières, dont la progression est rapide, soit des travaux de groupe, auxquels les inadaptés, lorsqu'ils ont terminé leur rangement, leur toilette et leur appareillage, peuvent se joindre.

De même, le chant comprend des rythmes lents pour tout le groupe et des rythmes plus rapides pour les valides seuls.

L'équipe d'encadrement, elle-même peu sportive, n'a pas ressenti la nécessité de pratiquer autre chose que des jeux pré-sportifs, d'autant que la baignade et la natation sont impossibles à proximité.

Les handicapés lisent peu, car cette colonie n'est pas équipée en tourne-pages électriques, ni en livres ou illustrés à gros caractères, permettant aux infirmes atteints de spasmes oculaires une lecture suivie. Les enfants normaux apportent leur aide, non pas sous la forme d'une transmission de culture par voie orale, mais plus matériellement en tournant les pages, en ramassant le livre échappé des mains malhabiles.

Bien-entendu, comme dans toute colonie, jeux, danses et grandes activités, telles que kermesse, y ont la vedette.

Les visites des parents posent un problème que nous analyserons plus loin ; dans ce centre, elles sont déconseillées.

D - PREPARATION DE LA COLONIE

On prépare l'encadrement à sa tâche et on réunit, avant le départ, les enfants afin qu'ils fassent connaissance, les familles afin qu'elles exposent leurs problèmes.

E - SURVEILLANCE MEDICALE ET SOINS -

Les handicapés sont appareillés tous les matins et non l'après-midi. La rééducation posturale ou post-opératoire, est poursuivie par le kinésithérapeute.

Les traitements sont suivis sous la surveillance du médecin local.

F - LES RESULTATS -

L'inadapté acquiert un gain d'autonomie, ses rapports avec sa fratrie évoluent, sa place dans la famille est plus ou moins remise en question, ce qui ne va pas sans entraîner des conflits parfois graves, la sur-protection diminue généralement. Les buts fixés sont donc atteints.

IV - DISCUSSION DES TECHNIQUES, ACTIVITES, PROBLEMES ET RESULTATS DE CES TROIS EXPERIENCES

A - LES ACTIVITES

1°) Nous allons envisager pour commencer, la plus importante d'entre elles, tant par la place qu'elle occupe dans une journée de vacances, que par son rôle essentiel dans le développement de l'enfant ; il s'agit bien sûr du jeu. Tout ce que nous en avons dit à propos des colonies normales reste tout à fait valable dans les trois centres mixtes envisagés.

On sait que l'on peut pratiquement adapter pour les inadaptés, toutes les techniques de loisirs. La présence des valides peut être une aide. Le couple valide-handicapé autorise la pratique d'activités ludiques plus mobiles ; le couple peu d'ailleurs se transformer en trio avec le chariot ou le fauteuil, bon objet ludique qui se prête à de nombreuses transformations au gré de l'imagination : chars pour les fêtes, ou véhicule de course par exemple. La présence des enfants normaux peut aussi se révéler être une gêne : le volley-ball en fauteuil fauteuil, réalisable avec des infirmes, n'est plus possible avec des équipes mixtes.

Bien évidemment, les jeux calmes ou d'adresse : boules, golf, balle, tir à l'arc, etc... peuvent rassembler tous les "colons". Il en est de même pour certaines activités plus dynamiques ne faisant pas appel à ce qui est déficient chez les handicapés tel ramper, marcher à quatre pattes, courir des courses en sac...

Les jeux compétitifs par équipe permettent à chacun de trouver sa place dans un petit groupe, de se connaître, de se mesurer, de s'apprécier. Devant les exploits des infirmes, l'admiration des valides fera régresser cette pitié, cette supériorité si néfaste à l'intégration. La compétition est un moyen pour chacun de développer son agressivité et de la canaliser. Mais si elle peut souder une équipe, c'est parfois au détriment de la communauté; l'enfant est intégré dans son petit groupe et non plus dans le centre de vacances. On peut objecter que l'équipe est plus à sa mesure et que c'est déjà un élément de socialisation. Les jeunes inadaptés ont l'habitude d'actions solitaires ; le fait de se mesurer à d'autres peut être très tonique à condition d'éviter les situations où, à cause de leur handicap, ils sont en état d'échec. De toute façon, même si l'on envisage des compétitions par équipe, on devra se méfier des luttes individuelles qui pourraient être mal ressenties : si l'infirmes est vaincu, cela ne fera que renforcer la pitié du vainqueur et s'il gagne, cela sera très difficile à supporter pour le valide.

L'enfant qui a un important déficit moteur a souvent plus l'impression de jouer qu'il ne le fait réellement, en fait il participe par procuration ; l'intérêt qu'il manifeste pour le jeu lui permet de dépasser ses problèmes ; même s'il n'y participe pas physiquement, il profite vraiment du jeu et cela ne semble pas lui poser de gros problèmes psychologiques.

2°- Les activités de découvertes

Elles sont très intéressantes par leur impact sur la population locale, elles démontrent que l'infirmité n'est pas une entrave à une bonne vie commune des handicapés et des valides.

Elles permettent aux malades, souvent reclus à l'hôpital ou au foyer, de prendre contact avec la nature, de côtoyer et de participer à une vie sociale; mais malheureusement, encore maintenant, le public préfère voir parquer les inadaptés hors de sa vue; la colonie de Madame CADORET s'est ainsi vu refuser l'entrée d'une piscine, d'un cinéma, et ce n'est qu'avec beaucoup de persévérance qu'elle a pu pénétrer à la "Mer de Glace" et à la plage.

3°- Le chant, la danse et les veillées

Le chant pose un problème pour les myopathes, qui ne peuvent souffler par atteinte des muscles de la face et pour les infirmes cérébraux moteurs, qui chantent faux et sans rythme. Pour tous les voix des valides sont intéressantes, car elles dominent, donnent l'harmonie et le rythme, entraînent le chœur, si elles sont assez nombreuses, et tous peuvent ainsi participer. Il y a une condition pourtant

choisir des chants lents car :

1°) le rythme intérieur et les mouvements buccaux des I.M.C ne sont pas coordonnés,

2°) ils souffrent de trouble de l'attention,

De même, lorsqu'on raconte une histoire il faut parler lentement. L'expression gestuelle est très souhaitable; on invente des danses folkloriques avec le couple valide-handicapé, le premier marquant les pas et poussant l'autre, qui participe avec ses membres supérieurs. Les veillées sont souvent orientées vers des activités théâtrales, permettant à chacun de s'exprimer.

Il convient de se demander s'il doit être prévu des activités particulières à chaque catégorie d'enfant. Doit-on organiser des activités au rythme ralenti et d'autres très dynamiques ? ou donner à tous les mêmes, au risque de voir les handicapés s'essouffler à suivre une colonie trop dynamique, dont ils ne pourraient profiter et, au contraire, voir des valides vivre au ralenti et ne pas développer leurs capacités physiques?

Le problème aurait pu se poser, il y a une vingtaine d'années, quand tous les enfants d'une colonie faisaient en même temps une même chose.

Maintenant qu'ils ont le choix de leur activité, la gamme prévue permet à chacun, inadapté ou non, de trouver, au moment qui lui est propice, l'activité qui lui convient.

B - LES MOYENS -

1°) Les locaux

Dans les trois colonies citées, une seule avait des locaux bien aménagés; dans les trois cas les enfants se sont bien adaptés.

Une grande adéquation du matériel au handicap permet une vie aisée pour tous, un rythme de vie plus rapide et estompe les déficits. Mais l'inadéquation du matériel stimule l'inadapté, le force à surmonter son déficit et le prépare mieux à vivre dans des locaux qui ne lui seront pas toujours adaptés. (Dans le même ordre d'idées, les premières colonies maternelles étaient pourvues d'objets et de meubles à la taille des enfants qui, de retour chez eux, avaient du mal à réintégrer un univers qui n'était pas à leur mesure et l'on a dû ramener le matériel des colonies maternelles à la taille des meubles parmi lesquels les enfants ont l'habitude de vivre).

Toutefois, un certain nombre d'aménagements sommaires est indispensable: plans inclinés, ou ascenseur, si les bâtiments comprennent des étages, car, si l'infirme ne peut monter les escaliers, il n'est pas particulièrement stimulant pour lui d'être porté; en effet, cela met en évidence son déficit et nuit à son autonomie, donc à son intégration

2°) L'encadrement

Ces expériences bénéficiaient d'un personnel spécialisé, mais pas en totalité. Le kinésithérapeute est pratiquement indispensable pour une colonie ayant de nombreux enfants lourdement handicapés si l'on ne veut pas interrompre une rééducation déjà laborieuse. Les moniteurs spécialisés apportent à cette colonie leurs connaissances et sont un facteur de stabilité. Elle les fait bénéficier d'un recyclage avec des enfants normaux.

Les moniteurs non spécialisés permettent de rompre heureusement avec les habitudes de l'année, ils ont un regard neuf, non déformé, ce qui est un élément dynamique, ils voient l'enfant et non l'inadapté.

Parmi eux, un certain nombre se découvriront une vocation d'éducateur: il faut en suspecter les motivations et rechercher s'ils ne projettent pas leurs propres problèmes sur des enfants déjà suffisamment fragiles. Malheureusement, la présence simultanée de ces deux types d'encadrement peut dessouder une équipe et la rendre trop hétérogène. Le personnel de service a souvent dans la colonie un rôle de maternage, qu'il partage avec l'infirmière. Il ne faut pas trop l'en empêcher car ce rôle est valorisant pour lui et sécurisant pour les enfants. Mais si cette image maternelle devient surprotectrice, à cause des différences qu'elle entraîne entre les enfants, elle peut être un facteur de ségrégation. Si l'on veut briser le cadre de vie habituel des handicapés, l'infirmière ne devra pas se cantonner dans son rôle de soins et ne pas ressembler à l'infirmière typique que l'infirmier voit toute l'année à l'hôpital.

La personnalité du directeur marque profondément celle de son équipe et il est fondamental qu'il soit dynamique, d'esprit très ouvert, aimant les enfants et aimé d'eux, intéressé par les problèmes psychologiques, de pédagogie moderne et de réinsertion sociale.

C - LES PROBLEMES

I - Les problèmes médicaux

Il faut noter tout d'abord qu'aucune des trois équipes ne comportait de médecin et pourtant il s'agissait d'un moment dans la thérapeutique tant motrice que psychologique de ces handicapés; aucune direction n'avait éprouvé le besoin de s'adjoindre un praticien, voulant montrer par là que c'était une colonie comme les autres. Nous reviendrons plus en détail sur ce problème à propos d'une autre expérience.

Les règles médicales suivies pendant l'année sont appliquées en vacances: on évitera le froid, on préviendra et on traitera énergiquement angines et bronchites chez les myopathes.

La poursuite du traitement médicamenteux est indispensable pour deux raisons :

1°) Leur action pharmacologique .

2°) Leur effet sécurisant et parfois valorisant pour l'enfant .

Malheureusement, les parents ne donnent souvent que des renseignements incomplets sur les problèmes médicaux et thérapeutiques de leur fils ou fille, comme d'ailleurs dans toutes les colonies. Les règles de sécurité sont à deux niveaux. Il faut premièrement, avoir prévu l'évacuation rapide, en cas d'incendie, des infirmes qui sont incapables de se déplacer sans aide ; les valides peuvent alors être d'un grand secours, d'autant que cette prise de responsabilité, extrêmement valorisante, peut permettre d'éviter une panique. Il faut, en second lieu, assurer la sécurité des appareils, qui sont fragiles et qui se dérèglent, certains handicapés ayant une réelle phobie de voir leur appareil brisé.

II- Problème : les rapports entre enfants et parents

Le courrier a une grosse importance pour ces enfants qui ne voient que peu leur famille et les vacances peuvent être l'occasion de resserrer les liens. C'est pour cette raison que Mademoiselle MILLOT aime recevoir des parents à la colonie, car ainsi l'enfant se vit moins comme abandonné et rejeté. Si leur départ est l'occasion de larmes, cela est encore positif, car c'est une émotion vraie. De même, dans le groupe de Monsieur BELLY, les familles viennent parfois passer 2 ou 3 jours à la colonie, ce que les directeurs n'apprécient pas toujours. Pourtant, il est bon que les ascendants des jeunes valides aient sous les yeux un exemple de déségrégation et que les parents des handicapés puissent les voir, heureux, vivre avec des enfants normaux de leur âge ; cela les sécurise, les déculpabilise et peut remettre en question la place des inadaptés dans leur foyer. L'infirmes, très stimulé par la colonie, montrera à sa famille son autonomie gagnée, ce qui fera en partie régresser la surprotection dont il est l'objet.

Les visites présentent toutefois un double inconvénient : elles peuvent casser le rythme de la colonie si la présence des parents nuit aux activités des "colons" et si elles sont le fait, presque exclusif, des familles d'inadaptés, comme c'est généralement le cas, elles sont un facteur de ségrégation.

III- Problème : l'attitude des parents

Ils sont souvent contre ce type de colonie, préférant la ségrégation par peur d'un personnel non spécialisé, d'un mauvais accueil de l'enfant, de règles de sécurité inefficaces, de bousculades où leur handicapé pourrait se blesser. Ils craignent parfois une ségrégation à l'intérieur de la colonie. Surtout, ils redoutent inconsciemment de voir évoluer l'enfant qui échapperait à leur surprotection.

Ils attendent de ce séjour un gardiennage si ils ont peur de retrouver l'enfant qui vient de passer un an à l'hôpital. Une telle colonie peut être pour eux un moyen de faire partir ensemble toute la fratrie et de ne pas progresser dans la résolution des problèmes familiaux. Elle implique enfin, parfois, une démission éducative des parents, qui laissent à d'autres le soin d'intégrer l'inadapté dans la Société.

Parfois, au contraire, ce sont des parents soucieux de voir poursuivre pendant les vacances leurs efforts d'intégration (qui recherchent ce type de colonie pour leur enfant.

Dans tous les cas, il faut sécuriser la famille, la déculpabiliser en lui faisant sentir que ce départ en colonie n'est pas un rejet de sa part, mais un moment privilégié d'une thérapeutique entreprise.

IV - Problème : l'âge

Les adolescents sont prêts a priori à accueillir les handicapés, mais sous l'aspect d'une "B.A.". Ils se posent en supérieurs, même si leur niveau intellectuel et leur âge légal sont inférieurs à celui de leurs camarades. Ils jouent au moniteur ; les relations de part et d'autre sont alors celles d'un assistant à un assisté.

A cet âge, l'inadapté, devant une inefficacité relative de la rééducation, réalise qu'il est un infirme, un être à part. Devant cette nouvelle attitude, la famille risque de se décourager et de ne le supporter que difficilement. Personne ne trouve de solution pour l'avenir. L'adolescent devient donc susceptible, il éprouve une grande difficulté à vivre autonome et indépendant.

Il est donc préférable de commencer plus tôt l'intégration. Les plus jeunes reconnaissent leurs camarades comme des enfants à part entière, avec lesquels ils ont les mêmes affinités. Ils l'accueillent avec bienveillance, ils ont toutefois une tendance au maternage, qui s'estompe en quelques jours. L'intégration est donc aisée, d'autant que l'inadapté, à cet âge, est peu préoccupé des problèmes de son déficit et plus il est jeune moins il imagine de différence entre le valide et lui. Il faut donc lui expliquer rapidement ce qu'est un valide et lui faire comprendre que, de la part de ce dernier, tout ne lui est pas dû.

Il y a deux écueils à éviter chez les jeunes enfants :

- 1°) L'inadapté, en ayant peu l'habitude, est long à choisir son activité ; il faut éviter de prendre les décisions à sa place.
- 2°) Une contagion peut se développer : un petit valide peut simuler un déficit et se mettre à boîter par exemple, il manifeste ainsi une carence affective. Si son éducatrice le prend bien en charge tout rentre rapidement dans l'ordre.

Enfin, les jeunes infirmes, lorsqu'ils ne sont pas débiles, ont plus de maturité que leur camarade et les amitiés entre eux sont établies entre enfants ayant un écart d'âge d'un ou deux ans.

V - Problème : la sexualité

Dans ces trois expériences, les colonies étaient mixtes et, chez les plus âgés, des relations amoureuses ont pu s'établir. On a vu des valides être attirés par des handicapés et inversement, à condition que l'infirme brille par son intelligence, sa beauté, ou sa position de "leader".

Les filles tombent plus facilement amoureuses que les garçons d'un déficient, car c'est pour elles l'expression d'un besoin de sublimation. La difficulté à cet âge est de faire comprendre à chacun que cette attirance n'est sans doute que temporaire. Il faut de plus suspecter les motivations du valide et éviter que les inadaptés ne mettent leur échec sur le compte de leur déficit.

Ces "flirts" ont un intérêt dans l'identification sexuelle et la connaissance élémentaire de la sexualité. En effet, jusque vers une dizaine d'années, le jeune infirme n'a souvent aucune connaissance de l'anatomie sexuelle, car son schéma corporel est pauvre et perturbé. Les parents, très anxieux devant la sexualité de ces enfants, les laissent même dans l'ignorance de la manière dont naissent les bébés. C'est en réaction contre cela que Madame CADORET fait doucher ensemble les petits jusqu'à 10 ans, les fait coucher dans la même chambre, sans séparation, entre filles et garçons. Les grands, très pudiques et ayant honte de montrer leur corps déformé, même devant leur propre sexe, se douchent individuellement.

Il faut noter qu'à tout âge, les valides ont une curiosité anatomique du handicap.

VI - Problème : le type du handicap

Les inadaptés s'acceptent mal entre eux, les infirmes moteurs ne supportent pas les débiles et les psychotiques, avec qui ils ont peur d'être confondus, ni les caractériels qui les effraient (ils ont peur de se faire renverser par exemple).

Les polios supportent mal les I.M.C., les myopathes ou les polymalformés et réciproquement ; on assiste à de véritables éclosions de jalousie ; celui qui marche préférerait avoir la mobilité des membres supérieurs et posséder un fauteuil et inversement.

Quant aux inadaptés atteints de handicaps lourds associés, il est sans doute préférable de ne les intégrer que dans un second temps, quand les enfants sont déjà préparés à les recevoir.

Enfin, tous supportent très mal, comme nous l'avons déjà dit, les "déviations intolérables réprimées par l'éducation" telle que celle des Spina Bifida qui, avec leurs troubles sphinctériens, sentent mauvais, et des I.M.C. qui bavent à table.

VII - Problème : l'hospitalisme

S'il est souhaitable que l'enfant élevé au foyer ou en externat puisse partir en colonie, il n'en est pas de même pour le pensionnaire d'un centre ou d'un hôpital qui a besoin de contacts familiaux. Si l'enfant est, malgré cela, envoyé au centre de vacances, l'encadrement devra tout particulièrement veiller à resserrer les liens familiaux, par un courrier réciproque fréquent et à l'entourer d'une affection chaleureuse.

D - LES CONDITIONS -

- 1°) Les handicapés doivent être, comme nous l'avons vu, minoritaires: c'est à eux de s'adapter aux valides, si l'on veut les sociabiliser.
- 2°) La colonie doit avoir un petit effectif, afin d'être un groupe à la taille de l'enfant.
- 3°) Les inadaptés doivent être disséminés dans la colonie, dans chaque équipe, comme nous l'avons écrit à propos de l'expérience de Mademoiselle MILLOT.
- 4°) Les "colons" sont généralement insérés dans de petites équipes sous la direction d'un moniteur; les activités réunissent plusieurs équipes qui forment ainsi le grand groupe. Cette structure préserve le libre arbitre des handicapés, elle est à la mesure de l'enfant qui y est à l'aise, elle permet d'appliquer aux infirmes des règles de sécurité strictes, un seul moniteur ayant la responsabilité entière d'un nombre limité de "colons". L'absence d'équipe et la constitution du seul grand groupe peut être moins sûre, la responsabilité de l'encadrement y étant collective, par conséquent diluée; de plus, l'enfant peut s'y sentir perdu. Mais elle permet aux éducateurs intéressés par l'expérience d'intégration des handicapés de s'y attacher et elle n'oblige pas les autres à subir le petit malade chronique, à le lui faire sentir et c'est, de ce fait, un élément d'intégration.
- 5°) L'encadrement ne doit pas être trop dirigiste, afin de permettre aux valides et aux infirmes de vivre à leur rythme et à chacun de s'épanouir. Il doit être nombreux et de bonne qualité, très ouvert, avoir une grande habitude des enfants normaux et avoir accepté de plein gré de participer à cette expérience. La meilleure solution semble être une équipe de Direction unie, se connaissant bien, après plusieurs séjours en colonie normale.
- 6°) La préparation des enfants risque d'être ressentie comme une mise en garde ou un "pensum"; l'idéal est une expérience antérieure réussie dans le jeune âge.
-Au-dessus de 14 ans on peut envisager, dans une première étape, d'envoyer l'inadapté en Centre de Vacances Spécialisé. Pour les adultes une information est plus nécessaire qu'une préparation. Il faut que chacun connaisse le déficit dont souffre chaque handicapé, ses possibilités, les risques qu'il court, la thérapeutique qu'il suit, ainsi que quelques techniques d'activités; mais il faut se rappeler que réussir une telle colonie est plus une question de bon sens que de connaissances.

- 7°) Les valides ne doivent pas être trop au service de leurs camarades, c'est à l'encadrement d'assurer la sécurité et de suppléer aux déficiences physiques, pour ne pas les lasser et pour que le type de société recréé corresponde à la réalité.

E - INDICATION

La circulaire ministérielle du 5 Janvier 1959 annonce que "dans la mesure où leur état de santé rend la chose possible, les jeunes infirmes de la motricité doivent être reçus dans des classes normales ... Ils peuvent trouver dans le travail en commun avec des enfants de leur niveau, les encouragements et réconfort dont ils ont tant besoin.

Il est d'ailleurs très souhaitable pour leur formation morale que les élèves d'une école prennent conscience de leurs devoirs à l'égard des camarades frappés par le malheur et qu'ils fassent à cette occasion l'apprentissage de la bonne camaraderie."

Il est donc naturel pour ces enfants de poursuivre l'intégration pendant les vacances et de la débiter pour les autres handicapés légers et moyens. On peut l'envisager pour un déficit important à condition qu'il ne s'y associe pas de gros troubles du comportement, qui sont plus perturbants dans une collectivité enfantine qu'un handicap physique.

Les antécédents du jeune inadapté peuvent être pris en considération dans le choix de la colonie, mais il faut se rappeler que l'intégration est tellement fonction de la tolérance de l'encadrement qu'une seule expérience n'est pas significative. Comme nous l'avons écrit, les Spina Bifida et les I.M.C très atteints semblent ne devoir être intégrés qu'avec des enfants ayant déjà eu une expérience avec des infirmes.

En fait, l'idéal serait de trouver des colonies tout à fait normales acceptant un nombre restreint d'inadaptés, telle a été l'expérience de la C.C.A.S. (1), qui sera développé plus loin.

Dans tous les cas, ces colonies ne sont qu'un moment privilégié de l'intégration qu'il faudra poursuivre pendant l'année par l'intermédiaire des loisirs et pendant les vacances par des séjours en maison familiale, permettant la prise en charge de toute la famille.

F - RESULTAT

- 1°) Un point négatif est à signaler : l'infirmes a trop tendance à se faire aider par le valide, qui remplace alors les parents dans leur surprotection ; cela lui est facile avec les petits, qui ont tendance au maternage.

(1) Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière,
17, Place de l'Argonne - PARIS 19ème

2°) Les activités des enfants normaux stimulent les infirmes qui peuvent entreprendre, sous leur influence, des actions aventureuses et périlleuses; la sécurité est alors le seul problème, qui doit être réglé par l'encadrement.

La vie des handicapés est plus dynamique, sans que pour cela celle de leurs camarades le soit moins, puisqu'un choix d'activités leur permet de libérer leur vitalité. Les infirmes découvrent les actes de la vie courante en société, ils acquièrent un gain d'autonomie, face aux valides ils apprennent à se vaincre, à mieux utiliser leurs capacités restantes. Ils prennent conscience de leur corps et de sa place dans l'espace.

Ces expériences jouent souvent sur la surprotection familiale et remettent en question la place de l'inadapté dans la famille, ce qui n'est pas sans réactiver des conflits latents. Elles peuvent aider à sécuriser et à déculpabiliser les parents en leur montrant un enfant capable d'évolution, plus autonome, plus "normal". Elles peuvent aussi avoir l'effet inverse en montrant les erreurs commises par la famille et en lui présentant une évolution où elle n'a pas apparemment sa part.

L'évolution des valides semble avoir été positive ; ils ont mieux compris que, ce qui fait un être humain, c'est son essence même et non l'aspect qu'il a, ils sont devenus plus altruistes, plus libéraux, et ont appris le respect d'autrui. Il faut noter que ce résultat n'a pas été constaté dans les trois colonies, mais essentiellement dans celle où les handicapés étaient minoritaires.

Lorsque le but était d'agir sur la fratrie, les résultats ont été spectaculaires: pratiquement tous ont appris à discerner ce qui était besoin, facilité ou tyrannie chez leurs frères et soeurs et ont modifié leur comportement en conséquence.

On espérait que pour le voisinage, comme cela a été le cas pour l'encadrement, ce témoignage vivant d'une intégration d'enfants handicapés pourrait faire évoluer la tendance rejetante de la population envers les inadaptés ; malheureusement, aucun indice ne permet de constater une évolution des pensées de l'opinion publique.

CHAPITRE II

II - INTEGRATION D'ENFANTS DEFICIENTS SENSORIELS, AVEUGLES et AMBLYOPES

Les enfants mal-voyants se différencient nettement des autres inadaptés et en particulier des mal-entendants, par leur grande joie de vivre, leur maturité affective et intellectuelle, leur absence fréquente de troubles associés du comportement. Ce sont des handicapés qui ne recherchent généralement aucune surprotection et qui, par leur lecture et leurs activités culturelles, leur degré de réflexion et de concentration, sont souvent en avance sur les enfants de leur âge, comme si la vue dont ils sont privés était un facteur de dispersion.

La cécité et l'amblyopie sont des handicaps bien acceptés par les parents qui, peu culpabilisés par le déficit de leur enfant, ont moins tendance à le surprotéger. Le milieu familial étant de ce fait moins perturbé, les possibilités de rapports avec autrui étant presque indemnes, le mal-voyant surmonte plus aisément son déficit et donc est capable d'une bonne sociabilisation.

On comprend donc que son intégration en colonie soit aisée, d'autant qu'il est facile de pallier son handicap dans les activités ludiques et la vie de tous les jours. Il faut noter que seule la déficience visuelle n'a pas été évoquée au séminaire, organisé par le Centre International de l'Enfance en Juin 1960, sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques. On pourrait presque en conclure qu'il n'y a pas à prévoir un type particulier de vacances pour ces handicapés. De nombreuses expériences d'intégration, d'un ou deux amblyopes et aveugles dans des collectivités enfantines normales (en particulier chez les scouts) ont lieu depuis plusieurs années, mais elles ont posé si peu de problèmes et sont si naturelles à leurs organisateurs, qu'il n'en est resté que peu de traces.

1° - Nous allons citer l'expérience d'un camp d'adolescents ayant séjourné en forêt de FONTAINEBLEAU -

Ces jeunes de 14 à 17 ans avaient planté leurs tentes sur un terrain qui avait été choisi en fonction des critères habituels du camping, sans tenir compte du handicap d'une partie du groupe.

Ces adolescents, dont la moitié étaient aveugles ou amblyopes, s'étaient groupés par affinités, en équipes de 8, chacune comprenant autant de "mal-voyants" que de "voyants".

Le camp était orienté vers une activité aventureuse, l'escalade, qui fait appel à la confiance des déficients visuels envers leurs camarades, puisque ceux-ci leur indiquent les "prises" ou les longueurs de saut entre deux rochers. Ainsi, les amblyopes, remettant leur vie à l'appréciation d'adolescents normaux, valorisent leurs camarades et eux-mêmes. Toutes les autres activités étaient communes aux deux types de jeunes.

La vie matérielle était simplifiée par des cordelettes, traçant les chemins entre les tentes ; ainsi, les handicapés s'orientaient sans problèmes et circulaient sans aide.

L'encadrement était mixte, composé d'autant de moniteurs spécialisés que de non-spécialisés.

Les problèmes de sécurité étaient résolus par le bon sens et n'ont jamais été aigus.

L'encadrement et les adolescents n'avaient pas été préparés à cette intégration, mais simplement informés, on avait recommandé aux voyants d'éviter dans leur vocabulaire tous les mots ayant trait à la vue, mais, après quelques jours, devant leur emploi par les amblyopes, tout le monde abandonna cette contrainte. Il semble que l'intégration des déficients visuels ne nécessite pas une préparation, qui ne pourrait qu'effrayer ceux qui la reçoivent, d'autant que, pratiquement, toutes les activités sont permises avec un minimum de moyens. Il s'agit généralement de posséder une plus grande rigueur dans la pratique de ces activités, d'apprécier plus précisément une distance, de la chiffrer et de formuler suivant une méthode définie à l'avance les données nécessaires à l'orientation. (Le ski des aveugles, pratiqué en colonie d'hiver mixte valide-handicapé, relève de cette rigueur, le "voyant" indiquant la direction en se référant au cadran de la montre.)

2° -CONDITION

L'intégration "au compte goutte" ne semble pas indispensable dans le cas des déficients visuels, le groupe étant très tolérant à leur égard, mais ce mode de déségrégation est quand même celui qu'il faut préférer car : il recrée la situation d'une collectivité normale et est donc un facteur de sociabilisation. Il permet aux "voyants" de ne pas être trop au service des handicapés ; à ce sujet, on aura intérêt à éviter une prise en charge excessive de l'infirme par le valide, en prévoyant un encadrement nombreux.

Comme toujours, on évitera de grouper ensemble les handicapés, d'autant, comme on l'a vu, qu'ils forment avec leurs camarades des équipes soudées et qu'une scission en deux groupes serait une structure trop lourde à supporter.

3° - RESULTAT

Ces vacances ont été très réussies, on n'y a relevé aucun phénomène de pitié, mais une bonne prise en charge de ceux qui en avaient besoin. Les aveugles ont acquis un gain d'autonomie, mais à la rentrée cela ne s'est pas prolongé par une régression de la surprotection familiale.

Plus encore qu'aux mal-voyants, ces vacances ont été bénéfiques à leurs camarades qui se sont enrichis à leur contact ; ils ont, par l'intermédiaire des amblyopes, acquis une certaine culture. Leur faculté de concentration s'est accrue, ainsi que leur degré de maturité, en même temps qu'ils devenaient plus gais et plus dynamiques.

Enfin, ces vacances, par leur aspect valorisant, ont été pour tous un facteur d'équilibre psychologique.

En colonie, avec de jeunes enfants, les problèmes sont encore moindres, puisque les plus petits sont plus tolérants et que les activités ludiques se prêtent encore plus aisément que les sports aux réalisations des déficients sensoriels. La présence d'inadaptés en très petit nombre aplanit les problèmes de sécurité et d'enca-drement. On peut, par la colonie, espérer agir sur la surprotection familiale en développant l'agressivité de l'enfant et son autonomie.

CHAPITRE III

III - INTEGRATION D'ENFANTS MAL ENTENDANTS

L'intégration dans des colonies normales de jeunes sourds est la plus fréquente des expériences que nous étudierons dans cette thèse : de nombreux organismes et municipalités ont eu l'occasion d'accepter, pour un séjour, des jeunes mal-entendants.

Pourtant, c'est pour eux que la déségrégation est le plus critiquée. C'est aussi dans les organisations de parents de jeunes déficients auditifs, chez leur éducateur, leur médecin, leur orthophoniste que l'on se préoccupe le plus, et depuis longtemps, d'intégration dans la société, en particulier grâce aux vacances. Les opinions à ce sujet varient selon les interlocuteurs, selon leur personnalité, selon leur rôle dans la médico-psycho-pédagogie de l'enfant, enfin selon l'âge et le niveau de démutisation des jeunes sourds dont ils ont à s'occuper.

Nous allons résumer brièvement quelques expériences puis nous essaierons d'en tirer quelques conclusions valables pour tous les enfants mal-entendants.

I - EXPERIENCE REALISEE à SAINT-NICOLAS LA CHAPELLE

Elle vise à adapter les sourds à la société et à les éduquer grâce à des loisirs dans une collectivité normale où ils pourront, dans le cadre des activités qu'ils pratiqueront avec les entendants, assimiler inconsciemment le langage.

Cette colonie est située en haute-montagne, elle reçoit des garçons de 6 à 12 ans, à raison de 10 entendants et 30 déficients auditifs. Ces enfants avaient l'habitude de vivre ensemble avant la colonie, car tous étaient pensionnaires d'un même établissement, où ils étaient entièrement mêlés, sauf pour les activités scolaires. Les colons étaient groupés par équipe de 8 sous la direction d'un moniteur spécialisé, chaque unité comprenant entendants et mal-entendants. L'encadrement comprenait de plus une orthophoniste, afin de ne pas interrompre la démutisation et d'orienter les activités vers une acquisition du langage. Même le personnel de service était au fait du problème.

Les heures de repas, de lever, de coucher, de sieste, étaient fixes et obligatoires.

La matinée était réservée aux ateliers, auxquels l'encadrement attachait une importance prépondérante dans la démutisation des jeunes handicapés. Chez les plus jeunes, le choix de l'enfant était très orienté vers le type d'activité qui, d'après l'équipe de direction, lui était le plus profitable.

L'après-midi, les "colons" se divisaient en deux groupes pour les activités de découverte, chacun choisissant sa promenade suivant sa résistance physique.

Quelques heures étaient réservées chaque jour aux jeux.

Les veillées, souvent consacrées à des séances "d'écoute" étaient le moment le plus délicat, pour concilier les activités des sourds et des entendants.

II - 2ème EXPERIENCE à SAINT-NICOLAS LA CHAPELLE

La colonie était divisée en deux groupes de garçons et filles de 6 à 12 ans, l'un de 10 enfants normaux, l'autre de 14 déficients auditifs.

Chacun avait son propre encadrement ; celui des mal-entendants était spécialisé. Chez les entendants, aucune préparation n'avait été prodiguée, ni aux enfants, ni aux adultes. Après quelques jours, fut essayé le mixage des deux groupes, mais le manque d'habitude de la collectivité des jeunes "normaux" a perturbé toutes les activités et leur encadrement affolé a fait reprendre aux entendants une vie parallèle à celle des jeunes sourds.

III - EXPERIENCE REALISEE par la SOCIETE CENTRALE D'EDUCATION et D'ASSISTANCE pour les SOURDS MUETS (1)

102 enfants dont 43 sourds âgés de 8 à 11 ans ont passé un mois en 1966 à FIEUX, dans la Creuse. L'encadrement était mixte, pour moitié spécialisé. Il n'y avait aucune ségrégation au niveau du grand groupe; les équipes, d'une dizaine d'enfants sous la surveillance de deux moniteurs, étaient parfois réservées à une seule catégorie de "colons", car ces unités n'avaient pour objet que la vie matérielle et il est parfois utile d'isoler, la nuit, les jeunes sourds dont les ronflements peuvent gêner le sommeil de leurs camarades.

On a considéré que les handicapés tout autant que les enfants, normaux avaient par moment, besoin de se retrouver entre eux et on leur a ménagé des activités qui leur étaient propres.

(1) - SCEAJS - 254, rue Saint-Jacques - PARIS 5ème

Les déficients sensoriels et les entendants avaient été réunis avant leur départ, afin qu'ils fassent connaissance et que l'on puisse observer leurs réactions.

Dans cette colonie, les frères et les soeurs du sourd étaient refusés afin de préserver à chacun une part de vie personnelle.

Tous ces enfants avaient l'habitude de la vie en collectivité et partageaient avec leur encadrement habituel. Les résultats furent donc excellents. Il y eut pourtant un échec : il s'agissait d'un petit sourd caractériel, à peu près démutisé, vivant dans sa famille et scolarisé dans une école d'entendants. Ne se reconnaissant de ce fait ni comme déficient auditif, ni comme normal, il souffrait de troubles du comportement qui se sont majorés lors de son séjour à FIEUX.

IV - EXPERIENCE CHEZ LES ADOLESCENTS ORGANISEE PAR LE MOUVEMENT EPHETA (1)

20 à 30 adolescents des deux sexes sont partis en vacances en camp itinérant ; parmi eux, quatre ou cinq entendants et une vingtaine de sourds furent entièrement mélangés : l'encadrement comprenait des moniteurs spécialisés.

Ce séjour était souvent le premier en collectivité normale qu'avaient l'occasion de faire les sourds ; aussi au début, ont ils été surprotégés par leurs camarades, mais ce phénomène a disparu peu à peu, d'autant que, volontairement, on avait donné aux mal-entendants la plupart des responsabilités matérielles.

Contrairement aux expériences précédentes, le respect des règles de sécurité n'a pas posé de gros problèmes, peut-être parce que les enfants y étaient plus âgés.

Les résultats sur le plan du langage ont été généralement positifs ; les sourds ont évité, en présence des entendants de s'exprimer par gestes et ont acquis un gain de vocabulaire. On a noté, de plus, que grâce à la mixité les déficients auditifs, souvent dépourvus de connaissances sexuelles élémentaires, ont eu une approche de la sexualité. Des amitiés durables se sont nouées, favorisées par les activités poursuivies en commun pendant l'année. Au total, après ce séjour, les mal-entendants eurent moins tendance à se grouper, à s'exclure et réclamèrent une participation accrue des entendants. Chez ces derniers, on a vu se créer des vocations d'orthophonistes.

V - LES PROBLEMES SOULEVES PAR CES EXPERIENCES -

Le sourd est classiquement qualifié de triste, par opposition à l'amblyope ; en fait, c'est un enfant qui, du fait de son déficit, a de gros problèmes de mémorisation, de perception, d'adaptation et de communication. C'est pourquoi, en atelier, il faudra non seulement expliquer oralement, mais en plus faire un modèle

(1) EPHETA - 19, rue de Seine - 92 BOULOGNE

car le jeune déficient auditif est essentiellement un visuel. On pourra d'ailleurs ainsi développer les qualités d'observations de l'entendant.

Au niveau des activités ludiques, le sourd se plie mal aux règles et en invente de nouvelles, totalement incompréhensibles pour l'entendant.

Lorsque l'on veut faire chanter ~~entendants~~ et non entendants, il faut que les sourds soient en minorité et donner un rôle prépondérant aux voix des normaux, sinon on obtient une cacophonie dévalorisante pour tous.

Il faut peut-être ménager aux jeunes mal-entendants quelques moments où ils peuvent se retrouver dans des activités spécifiques, leur permettant de s'assumer en tant que sourds, de vivre sans contrainte avec tous leurs autres sens en éveil.

Il faut éviter de trop compter sur les entendants pour assurer les règles de sécurité, ne pas les envoyer chercher les camarades qui s'éloignent par exemple, il faut aussi connaître quelques points particulièrement dangereux, que nous avons signalés dans l'introduction.

Le sourd interprète souvent mal les gestes spontanés de l'entendant, ce qui peut être sources de conflits, il est donc nécessaire de préparer le déficient auditif à la vie en collectivité normale.

Les parents des entendants sont rarement choqués par l'intégration de quelques sourds. Quant aux parents des mal-entendants,¹¹³ sont généralement très favorables à l'intégration de leurs enfants car ils ont peu tendance à une surprotection excessive. Ce type de handicap ne s'y prête pas.

En colonie tout à fait normale, on intègre généralement un seul enfant et parfois on ne s'occupe pas plus de lui que des autres ; ses difficultés de compréhension l'isolent alors et il suit la colonie passivement, sans la gêner, mais sans aucun profit pour lui. Parfois au contraire, une colonie normale peut être la meilleure solution, mais encore faut-il prendre un certain nombre de précautions :

"Nous avons longuement et minutieusement préparé le départ de ces sourds dans les colonies d'enfants normaux, pensant que la constitution d'une colonie spécialisée était contre-indiquée.

Un choix minutieux des colonies auxquelles pourraient être confiés ces enfants a été fait par mon service qui connaît bien les colonies de vacances originaires de PARIS. Tous les Directeurs choisis ont été personnellement contactés et mis au courant des difficultés qu'ils pourraient éventuellement rencontrer. Après leur accord, il avait été convenu que deux enfants non-entendants seulement devaient être confiés à chaque colonie, ceci pour éviter les regroupements qui nuiraient à l'expérience et aussi pour éviter la trop grande solitude morale d'un enfant complètement isolé dans son mutisme.

Il est bien entendu que les questions d'âge, de sexe, de santé, avaient également été étudiées pour le choix de la colonie. Cette première expérience portait, il y a dix ans, sur une vingtaine d'enfants. Les enfants entendants de la colonie après un court exposé du problème se sont, comme toujours lorsqu'on sait leur faire confiance, montrés des éducateurs incomparables et, spontanément, n'ont jamais laissé seuls leurs petits compagnons dans les grands jeux, les promenades. A tous les moments qui pouvaient poser des difficultés, 2 enfants entendants servaient de "gardes du corps". Ils avaient vraiment compris le problème de leurs camarades.

Au retour, avec les directeurs des colonies et les éducateurs de l'Institut National des Sourds-Muets, nous eûmes une réunion réconfortante. Les résultats avaient été probants et les éducateurs étaient étonnés des progrès réalisés, de l'abandon à peu près général du langage manuel, du calme des enfants, de leur meilleur comportement"(1).

Habituellement, on pense qu'il ne faut pas mêler le sourd avec les autres handicapés car le déficient auditif, qui compense son handicap par une fonction visuelle plus intense, serait plus choqué que les autres enfants. En fait cela est très discutable.

Monsieur Muriel, de l'A.P.F.(2) a intégré lors d'une expérience 1/3 de valides, 1/3 d'infirmités-moteurs et 1/3 de déficients auditifs. Chaque catégorie d'enfants était encadrée par un personnel propre et spécialisé et avait des activités personnelles et particulières.

Très vite, on a pu constater une très grande entente entre les deux types d'inadaptés, au détriment des valides, chaque catégorie de déficients s'étant mutuellement prise en charge ; chacun pouvait exercer son altruisme et son besoin de dévouement sur un plus malheureux que lui et, ainsi, se revalorisait à ses propres yeux. L'encadrement pose un problème actuellement non résolu ; s'il est évident qu'il doit être en nombre important et de très grande valeur, les opinions divergent quant à la nécessité de sa spécialisation. Il semble que, si l'on envoie l'enfant en colonie tout à fait normale, cela ne soit pas indispensable. Par contre, cela peut être très utile, soit comme première étape d'une intégration en colonie normale de sourds non encore démutisés, soit si le nombre des mal-entendants est important.

VI - RESULTAT -

1° - L'intégration est plus ou moins bénéfique selon l'âge de l'enfant. A la période de prédémütisation elle n'apporte pas grand chose. Au contraire, chez les petits démutisés, elle est très positive. Chez l'enfant grandissant les résultats se nuancent : à l'adolescence, on constate deux attitudes : le jeune bien

(1) - Madame TRENEL - Séminaire sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques - Centre International de l'Enfance - 1960, pp. 92-93

(2) - Association des Paralysés de France,
27, Avenue de Mozart - PARIS 16ème

rééduqué fuit le sourd, qui communique par gestes et donc s'intègre bien à la collectivité normale. A l'opposé, le jeune mal rééduqué fuit l'entendant. De plus, paradoxalement, c'est le demi-sourd qui s'adapte le plus difficilement car, comme nous l'avons vu, il est plus souvent atteint de troubles du comportement.

2° - Le jeune mal entendant atteint de débilité mentale peut parfois mieux trouver sa place en colonie normale qu'au milieu de jeunes sourds très rejetants.

3° - Généralement, le déficient auditif acquiert en colonie normale un gain d'autonomie, il prend conscience de ses possibilités et devient moins tyrannique, il apprend à vivre à un rythme plus rapide. Mais, parfois aussi, il se montre pendant la durée de la colonie tyrannique, brutal, ou encore passif rejetant la responsabilité de tous ses échecs sur l'entendant. Cette attitude n'est pas toujours aussi négative qu'on pourrait le penser, car, à la fin de la colonie, le mal-entendant a quand même progressé. De toute façon, il appartient à l'encadrement de le préparer à une collectivité de loisir normale et d'éviter, dans la mesure du possible, les échecs.

4° - Au niveau du langage, les résultats sont variables, généralement bons. (gain de vocabulaire, vitesse de lecture sur les lèvres accrue) mais il existe des risques de régression ; la vitesse d'élocution et l'absence de bonne articulation des normaux peuvent isoler le sourd qui risque de se réfugier dans le langage gestuel, où il entraînera l'entendant, comme dans un jeu. Donc, pour les "normaux", ce risque de contagion existe, si l'encadrement n'y prend garde.

5° - Enfin, dernier résultat, comme dans la plupart des expériences que nous avons citées, parmi l'encadrement non spécialisé, vont se créer des vocations : ici, ce sont le plus souvent celles d'orthophonistes.

CHAPITRE IV

INTEGRATION D'ENFANTS PRESENTANT DE SERIEUSES PERTURBATIONS PSYCHIQUES OU DE COMPORTEMENT

Le Docteur Amado, du Centre "Le Côteau" à VITRY, a bien voulu nous confier quelques résumés d'observations de jeunes malades, ayant bénéficié d'un séjour en colonie sanitaire ou normale, qu'il avait recommandé dans un but thérapeutique (il faut noter qu'aucun de ces enfants ne présentait de déficit intellectuel).

1° - Alain D. - est âgé de 8 ans.

Son père est légèrement débile, sa mère, anxieuse, est perturbée par la pathologie de son enfant.

Il est suivi depuis deux ans à l'hôpital de jour. Alain est un enfant violent, présentant une personnalité psychopathique avec agitation maniaque ; il a séjourné deux années consécutives, pendant un mois, en colonie sanitaire, non spécialisée, sans que sa présence ait été un élément perturbateur. Comme il s'agissait pour lui d'un milieu nouveau, tolérant et tranquille, il a pu s'y adapter.

Mais ces séjours n'ont pas eu de résultats ultérieurs appréciables, car cet enfant était trop perturbé pour que cela fut possible.

2° - Michel P. - est âgé de 8 ans.

Son milieu familial est très explosif, son père est instable ; lui-même est atteint d'instabilité psychomotrice importante avec puérilisme et opposition ; il a suivi, pendant un mois, une colonie municipale, donc normale, qui n'avait pas été prévenue de son handicap. L'encadrement, non spécialisé, n'avait donc reçu à son sujet aucune préparation ou information. Michel s'est bien intégré, mais on n'a pas noté d'évolution au retour. Ce séjour a quand même eu un intérêt diagnostique et pronostique : son intégration possible en milieu normal a prouvé que l'enfant était moins atteint qu'on ne le croyait.

3° - Luc A. - est âgé de 11 ans.

Son milieu familial est très perturbé : sa mère est hystérique et rejetante, sous des dehors de séduction pour son fils. C'est un grand anxieux atteint de dysharmonie psychotique, avec

agitation et opposition systématique et provocante. Après un traitement sans aucun effet, en hôpital de jour, il est maintenant pensionnaire dans un Internat Médico-Pédagogique depuis deux ans, Luc a séjourné pendant un mois en colonie normale mais, au bout de 15 jours, il a reproduit peu à peu ses conduites antérieures. A la rentrée, aucune évolution n'a été constatée.

4° - Françoise T. - est âgée de 12 ans

Son traitement à l'hôpital de jour n'est pas couronné de succès. Elle présente une dysharmonie psychotique avec violence et provocation au rejet. Elle a une phobie : que ses yeux se rapetissent. Elle montre une grande avidité affective en se collant physiquement contre "l'autre". Dans son groupe d'enfants, elle est violente et se bat. Elle se fait rejeter par les éducateurs, pour aller se réfugier chez l'assistante-sociale. Enfin, elle présente une avidité scolaire, bien que sa scolarité soit cahotique. Elle est traitée par les neuroleptiques, ce qui limite ses excès de violence.

Françoise est donc partie en colonie normale, à une époque où elle était particulièrement violente et, durant tout le mois, elle y a vécu une vie tout à fait normale. Malheureusement, au retour, son attitude est redevenue celle d'avant son départ.

5° - Pascale G. - est âgée de 8 ans

Elle présentait une anorexie grave de structure psychotique. Au cours de la colonie normale, sa prise de poids a été appréciable. L'amélioration s'est poursuivie au retour. La séparation, anxiogène, était tolérable à son âge et a fait la preuve qu'elle peut exister en dehors de la mère.

6° - Catherine B. - est âgée de 11 ans

C'est une comitiale, bien stabilisée par son traitement qui ne fait des crises qu'exceptionnellement et présente une certaine étrangeté du comportement. Les séjours en colonie normale ont aidé la psychothérapie, car Catherine ne présentait qu'un déséquilibre peu profond et, surtout, ils ont démontré à la famille qu'une vie normale était possible sans craindre de gros accidents.

7° - Christian F. - est âgé de 11 ans, Alain S. - est âgé de 11 ans et Pascal B. - est âgé de 9 ans

Ils présentaient des névroses infantiles de structure phobique avec angoisse de séparation.

Ces trois enfants refusaient de partir en colonie, après des entretiens répétés, on obtient une acceptation à moitié sincère. Ces vacances ont été un succès.

En effet, chez les phobiques, l'angoisse de séparation d'avec la mère est telle que famille et enfants refusent la colonie ; avec beaucoup d'acharnement de la part du thérapeute le départ finit

par se faire. S'il s'agit d'une phobie peu grave l'expérience de la séparation et une vie en milieu normal sont utiles pour l'avenir de l'enfant, en démontrant que la phobie n'était pas justifiée. Si par malheur, il survient un accident la phobie, bien entendu, est majorée.

CONDITIONS D'UNE BONNE INTEGRATION -

1) Il est souvent préférable de ne pas prévenir le milieu (encadrement et enfants) de la maladie du jeune inadapté, afin qu'il se sente comme les autres et afin de ne pas inquiéter l'équipe de direction dont le seuil de tolérance au handicap est le grand critère de l'intégration ; bien entendu chaque enfant est un cas particulier et il appartient au thérapeute habituel de juger de l'opportunité qu'il y a à avertir la colonie.

Il y a une exception toutefois ; il est préférable d'avertir l'équipe de Direction lorsqu'on envoie en colonie un jeune comitial, surtout s'il n'est pas bien stabilisé, pour des raisons de sécurité évidente, pour éviter une rupture du traitement, pour ne pas affoler toute l'équipe en cas de crise d'épilepsie et enfin pour éviter que l'on ne renvoie l'enfant en "catastrophe".

Envoyer un comitial en colonie a l'intérêt de montrer aux organismes et à la population qu'un épileptique peut s'intégrer dans une collectivité enfantine normale et que, si il est stabilisé, il a autant de chance de faire une crise comitiale que n'importe qui (d'après l'enquête effectuée dans les colonies de vacances par le Docteur Miribel). Les épileptiques étant généralement refusés pour ces motifs, il est intéressant de montrer leur peu de fondement.

2) Les inadaptés doivent être en petit nombre dans le centre de vacances, sinon le seuil de tolérance du groupe est dépassé et il y a un risque de désagrégation de celui-ci.

RESULTAT -

Beaucoup d'enfants manifestant des troubles de l'adaptation, qu'il s'agisse de caractériels, de névrotiques, ou de psychotiques peuvent être intégrés dans les colonies normales, comme nous l'avons vu. Il est rare que le séjour se termine par un échec, ou doive être interrompu prématurément, s'il reste assez court et ne dépasse pas un mois. (les difficultés seraient souvent plus importantes le deuxième mois,) car, comme en milieu scolaire, il n'y a pas de manifestations pathologiques au début, le petit malade n'a pas encore développé des transferts reproduisant des conduites antérieures.

L'inadapté est alors ce qu'il croit être et ce qu'on s' imagine qu'il est : ici un enfant normal. Même s'il était apparu très perturbé en milieu hospitalier, en colonie, comme en milieu nourricier lors d'un placement familial, l'enfant n'est pas toujours reconnu comme un malade. C'est ainsi que dans tous les exemples cités, les 15 premiers jours se sont bien passés et, pour un seul d'entre eux, il y a eu, peu à peu, pendant les deux dernières semaines, une reproduction des conduites antérieures. Si l'expérience avait duré plus d'un mois, il est probable que ce cas n'aurait pas été isolé.

Si l'enfant n'est pas trop agressif il parvient à se faire une place dans le groupe, ou au minimum à ne pas le gêner ni à en être gêné. Certains de ces enfants suscitent intérêt et protection de la part des autres et sont ainsi pris en charge. De toute façon, il n'est pas mauvais que les enfants de la colonie soient confrontés avec des problèmes qu'ils rencontrent dans la vie sociale courante. Dans la majorité des cas, le séjour se solde par un bénéfice pour l'inadapté ; l'entourage étant différent, il devient, la plupart du temps, capable de modifier au moins partiellement ses attitudes pendant quelques semaines. Il peut parfois en résulter un progrès durable, dans la mesure où il a éprouvé la possibilité de vivre normalement parmi des enfants normaux. Ceci est particulièrement fréquent pour les enfants traversant une période de crise ou ceux dont la rééducation et le traitement sont déjà engagés depuis quelque temps. Le changement de milieu peut alors permettre à la manifestation des changements de comportement, en gestation, mais latents jusqu'alors, de s'extérioriser. On a vu de même qu'un séjour en colonie normale est particulièrement indiqué chez le jeune phobique.

Les échecs risquent de survenir pour des séjours prolongés, dépassant un mois, comme nous l'avons vu et aussi pour des enfants dont le changement de milieu ne diminue pas, même au début, une instabilité très importante, ou une agressivité permanente ; de même pour les enfants dont l'angoisse de séparation entraîne des troubles fonctionnels spectaculaires : anorexie, vomissement, douleurs abdominales.

En conclusion, ce type de vacances à but thérapeutique est particulièrement indiqué pour les épileptiques, les phobiques, les névrotiques, les prépsychotiques et les caractériels.

CHAPITRE V

INTEGRATION D'ENFANTS CARACTERIELS ET DELINQUANTS

L'utilisation des vacances à des fins thérapeutiques chez les caractériels et les délinquants est reconnu par l'Arrêté du 4 Juillet 1966, complété par les circulaires des Ministères de la Justice et des Affaires Sociales. Il précise que : "les séjours dans la famille, comme les vacances organisées par les établissements font partie intégrante du traitement du mineur et ne doivent pas interrompre une prise en charge".

Toute liberté est laissée au centre pour en déterminer les modalités. Dans tous les cas, les jeunes restent placés sous la responsabilité et la surveillance du Directeur et de l'équipe médico-psycho-pédagogique.

A l'étranger, les loisirs sont depuis longtemps un moyen thérapeutique.

Dès 1936, les Etats-Unis avaient adopté le camping dans leurs centres de rééducation, comme le relatent les journaux "Orthopsychiatrie" (1) et "Mental Hygiène" (2)

En Angleterre, après la guerre, le "Home Office" encourage les activités "aventureuses".

Il en est de même en Hollande, en Suède, en Suisse.

En U.R.S.S. les colonies Gorki-Makarenko s'orientent vers une structuration sociale et culturelle de réinsertion civique.

En Israël, l'Aliah des jeunes associé au niveau des loisirs les inadaptés à la communauté.

En France, l'ANREL (3) se préoccupe de ce problème.

Le centre de Rééducation de Saint-Lambert-des-Bois, dirigé par Monsieur Ferrand, a expérimenté plusieurs modes de vacances groupant des jeunes inadaptés et des enfants normaux.

Toutefois, ces expériences se différencient des colonies par certains points :

- I - Elles sont axées sur la pratique d'activités aventureuses, ayant pour but de donner à l'adolescent inadapté l'occasion de faire un usage actif et créateur de ses loisirs, en l'engageant dans des entreprises exaltantes.

(1) Galkin J. The treatment possibility offert by the summer camp as a supplement to the child guidance clinique in American journal of orthopsychiatrie 1937 - Vol 7 - Octobre.

(2) Hallowitze J. - Camping for disturch children in Mental Hygiène - 1950 - Vol 54

(3) Association Nationale Rééducation et Loisir - 103, Faubourg Saint-Honoré - PARIS 8ème

2 - Elles ne regroupent qu'un nombre restreint d'enfants.

3 - Les activités de vacances sont préparées pendant l'année par les jeunes caractériels, ce qui est malheureusement difficile à une colonie regroupant des enfants géographiquement éloignés les uns des autres ; cela pourrait être possible dans les centres aérés du jeudi et les maisons de Jeunes et de la Culture, qui trouvent leur prolongement dans les colonies municipales. Il faut bien dire que cela n'est pratiquement jamais réalisé. Nous allons brièvement décrire deux expériences :

1°) Camp de haute montagne

Il groupe des garçons et des filles inadaptés et normaux effectuant des courses de niveau PD et surtout AD (1), donc supérieurs à celles de l'UNCM (2) et des cadets du Club Alpin Français.

Pendant l'année les caractériels préparent ce séjour par des week-ends d'escalade dans la forêt de Fontainebleau.

Les résultats sont excellents, à condition toutefois que les filles soient un peu plus âgées que les garçons, car, dans cette expérience, aucune n'étant inadaptée, il faut établir une différence de quelques années d'âge pour qu'elles soient à même de comprendre les caractériels.

2°) Croisière sur un voilier de 18 m.

Des cours techniques et théoriques, des films ayant pour sujet la mer et les marins, des contacts avec de vieux navigateurs, la construction de dériveurs à l'atelier, des week-ends de voile sur la Seine, préparent pendant l'année ces vacances.

Cette croisière regroupe de jeunes caractériels et délinquants avec des enfants tout à fait normaux qui n'étaient pas prévenus et qui n'ont pas remarqué que leurs coéquipiers étaient des inadaptés.

Cette course hauturière, de plus de mille milles, de difficulté moyenne, n'avait jamais été réalisée avec un équipage aussi jeune. Cette activité est physiquement moins dure que l'escalade en montagne, mais elle nécessite un apprentissage intellectuel plus long. Le sens de l'équipe et des responsabilités, la maîtrise de soi, la domination d'une angoisse réelle pour tout terrien qui perd la terre de vue, sont des apports bénéfiques extrêmement importants. La vie à bord offre une possibilité d'auto-gestion d'un budget, ce qui est une découverte pour les grands, habitués à se laisser vivre sur le plan matériel.

"A tous les degrés, c'est une activité qui comporte un nombre important d'heures de temps mort, ce qui implique une bonne formation intellectuelle et des centres d'intérêt actifs". (3)

(1) PD : Peu difficile

AD : Assez difficile

(2) Union des Centres de Montagne

(3) J.C. Ferrand - Loisir Thérapeutique - Sauvegarde de l'Enfance - N° 2 - 3 - 4 - 1970 - p. 10.

Les inadaptés étaient en situation de supériorité puisqu'ils possédaient une connaissance technique faisant défaut à leurs camarades, ce qui était pour eux sécurisant et valorisant tout à la fois. On avait volontairement choisi les enfants dans un même milieu socio-culturel ; tous étaient scolarisés dans le secondaire.

3°) Résultat de ces expériences

"Le caractère fondamentalement dépourvu de contrainte au loisir représente un sévère danger pour les surmoi faibles, car il risque de devenir une fiction qui offre un univers de comportement magique tels que la délinquance, pulsion incontrôlée des tendances agressives.

Ce qui permet de penser qu'au même titre que la liberté, le loisir suppose une éducation progressive, qui amène le jeune à se connaître lui-même et à s'entraîner à la pratique du choix".(1)

C'est pourquoi les vacances constituent un moment privilégié et non isolé, préparé par des activités de type adulte, pendant toute l'année.

Toutes ces activités de loisirs thérapeutiques sont très tournées vers le sport, qui peut être apprentissage de la liberté, de la participation sociale et qui permet un rapprochement avec le monde des adultes en situation d'égalité ; elles entraînent une ouverture vers la Société.

La compétition, bien que constituant parfois une utilisation de l'agressivité dans un but positif, doit déboucher le plus rapidement possible sur le désir de son propre dépassement.

"La rééducation, psychothérapie d'ambiance, doit faire évoluer les sentiments négatifs de l'inadapté envers l'adulte, afin que s'identifiant à lui, il puisse sublimer ses pulsions agressives".(2)

La vie au centre rend malaisée une telle conversion mais des vacances actives peuvent offrir cette possibilité, d'autant que la présence d'enfants normaux, ayant déjà réalisé cette sublimation, peut jouer un rôle de catalyseur et être le lien entre l'éducateur et l'inadapté.

Ces loisirs proposent des modèles d'identification que le caractère acceptera plus facilement et qui lui permettront de structurer sa personnalité. Ils le mettent en contact avec des jeunes normaux, sur un pied d'égalité, ce qui est à la fois un moyen et une étape vers la sociabilisation. Toutefois, certains adolescents ne peuvent s'intégrer à ce type de vacances :

- soit que leur niveau ne leur permet pas d'assimiler les connaissances nécessaires et qu'ils se sentent "débordés" et, donc, plus désadaptés
- soit que leur immaturité leur ait fait redouter cette semi-autonomie, ce contact avec des jeunes ne présentant pas de troubles du comportement et que cela leur soit apparu comme profondément insécurisant.

(1) FERRAND J.C. - Loisirs thérapeutiques

Congrès de l' AFSEA Sauvegarde de l'Enfance n° 2-3-4 - 1970 p. 4-5

(2) FERRAND J.C. - Op cit p. 13

- soit enfin que des réactions de type névrotique ne leur ait pas permis de participer à ces activités. Il ne faut pas dans ce cas retirer à l'enfant les justifications qu'il se donne, afin d'éviter de développer un sentiment d'échec et de dévalorisation, susceptible d'aggraver les troubles du comportement.

Les caractériels et les délinquants, c'est-à-dire les inadaptés dont la définition est la moins "médicale" et la plus "sociale" représentent le groupe d'inadaptés pouvant le plus difficilement se passer d'un encadrement mixte : moniteurs normaux et éducateurs spécialisés ; la qualité de la relation de ce dernier avec le caractériel joue un rôle plus important que le choix de l'activité. Il doit éviter l'activisme et l'enthousiasme excessif, amener le jeune, au début, à désirer une activité, puis à la conquérir, enfin l'engager à prendre des responsabilités au profit des plus jeunes. La présence d'un encadrement spécialisé peut permettre d'éviter une surprotection par les autres moniteurs. Enfin elle est indispensable au cas où se développerait une activité délictuelle. Dans une expérience, deux jeunes délinquants commirent un vol, entraînant avec eux un adolescent considéré comme normal. L'apparition de la gendarmerie a entraîné un affrontement de tout le groupe avec la maréchaussée et par là plusieurs cas de régression massive chez les caractériels.

L'éducateur spécialisé eut alors une triple tâche :

- 1°) régler le problème avec les forces de l'ordre,
- 2°) éviter une panique de l'encadrement,
- 3°) circonscrire au maximum les régressions.

Le problème de la contagion se pose en effet dans une telle expérience ; c'est en partie pour cela qu'il est indispensable de prévenir les parents des enfants normaux avant le départ, mais, statistiquement, la naissance d'un comportement délictuel n'est pas beaucoup plus fréquente ici que dans n'importe quel centre de vacances pour adolescents, d'autant que l'isolement géographique dont jouissent ces activités aventureuses rend peu probable un acte délinquant. De toutes ces expériences de vacances mixtes délinquants-normaux un seul cas est à déplorer, de plus il n'a fait que révéler les troubles du comportement d'un caractériel que l'on ignorait.

Au contraire, les enfants normaux, face et grâce à leurs camarades beaucoup plus mûrs qu'eux, ont acquis une certaine maturité qui leur sera très profitable.

Au total, il appartient à l'équipe médico-psycho-pédagogique d'indiquer l'activité vers laquelle on doit orienter l'enfant, car une mauvaise indication peut se révéler anxiogène, ou entraîner des réactions d'échec dévalorisantes et provoquer une régression.

Ces vacances, temps privilégié, ne se justifient que comme la suite logique du processus global de rééducation.

DEUXIEME PARTIE

II - LES COLONIES REALISEES PAR DES ORGANISMES S'OCCUPANT D'ENFANTS NORMAUX

Nous allons maintenant étudier deux autres expériences réalisées dans des colonies prévues et conçues en fonction des enfants normaux.

La première, celle de la Caisse des Ecoles de NOISY et de l'Externat Henri Wallon, a intégré des enfants relevant d'Institut Médico-Pédagogique; la seconde, celle de la C.C.A.S., a été plus ambitieuse, plus intéressante et surtout plus complète puisqu'elle a intégré aux enfants normaux des inadaptés atteints de handicaps très divers.

CHAPITRE I

INTEGRATION DES ENFANTS HANDICAPES MENTAUX

L'externat médico-pédagogique Henri Wallon (1) "considérant que le développement de ces enfants était lié à leur possibilité relationnelle, à la structuration des groupes, comme à leur mouvance" (2) a été conduit à tenter une ouverture vers l'extérieur dans la même perspective et, donc, à envoyer les enfants de l'EMP (3) en colonies normales.

A - LES EXPERIENCES

I - PREPARATION

Cette préparation a consisté essentiellement :

- 1° - à déterminer le groupe d'enfants concernés
- 2° - à constituer pour chacun de ces inadaptés un dossier, comprenant un bilan psychosomatique, un compte-rendu d'enquête sociale, un bilan scolaire et un bilan psychomoteur.
- 3° - à recruter les élèves éducateurs de 3^e année, ou les instituteurs spécialisés stagiaires, qui ont été adjoints à l'équipe d'encadrement normale.
- 4° - à organiser des réunions de synthèse accueillant les directeurs des colonies et une partie de leur équipe, afin de présenter les handicapés, de donner des compléments d'information, d'envisager la façon dont cette insertion pouvait se réaliser et de permettre aux enfants de retrouver une figure connue à la colonie.
- 5° - à organiser une réunion des parents pour préciser ce que l'on attendait d'une telle expérience.
- 6° - à prévoir la liaison entre l'équipe et l'externat.

II - LES DEUX EXPERIENCES -

Les enfants normaux, au nombre de soixante quinze, étaient âgés de onze à treize ans ; les inadaptés, âgés de dix à quatorze ans, étaient très minoritaires ; ils étaient huit au premier séjour et

(1) - Externat Médico-Pédagogique Henri Wallon - 8, Allée Duguesclin - NOISY-LE-SEC

(2) - Rapport relatif à l'expérience d'insertion des enfants de l'EMP en colonies de vacances normales

(3) - Externat Médico-Pédagogique.

cinq au deuxième.

Les modalités de prise en charge des enfants et la préparation du personnel ont été différentes suivant les équipes, comme nous le verrons plus loin, mais sur le fond, à savoir éviter toute pratique ségrégative au niveau du fonctionnement quotidien, les deux encadrements avaient adopté la même orientation. Les handicapés ont été disséminés dans la colonie à raison de un par groupe et ont participé, dans la mesure de leurs moyens, aux mêmes activités que les autres "colons". Les moniteurs spécialisés (deux par colonie) ont joué à la fois un rôle d'encadrement traditionnel, étant responsable d'une équipe enfantine et ont également constitué l'élément de référence lorsqu'un problème particulier, relatif à l'un des inadaptés de l'EMP, se posait. L'examen des problèmes a toujours été le fait de l'ensemble de l'équipe d'encadrement.

Les moniteurs étaient assez nombreux, un pour huit enfants environ. Les "colons", autres que ceux de l'EMP, formaient un groupe très hétérogène, issu de milieux sociaux et familiaux très divers, n'ayant comme lien que l'appartenance à la municipalité de Noisy. Certains posaient de gros problèmes : cas sociaux et enfants caractériels par exemple.

La Chapelle-en-Vercors est située dans une combe à 1.000 mètres d'altitude ; la colonie est assez isolée, le village est à 3 kilomètres, mais deux fermes sont proches. La forêt et les prés permettent des activités de découvertes et de cueillette variées. Les locaux se composent d'une vieille ferme aménagée.

III - LE PREMIER SEJOUR à la CHAPELLE en JUILLET -

1°) Préparation -

Lors du premier séjour, le Directeur Monsieur CUPILLARD, père d'une fillette handicapée motrice, instituteur de classe de perfectionnement, est parti du principe qu'une improvisation serait plus bénéfique aux enfants que des idées préconçues ; aussi ne prévient-il pas son équipe de la double composition de la colonie. Sa préparation du séjour a donc été limitée :

- 1) à la rencontre entre ce directeur de colonie, son infirmière et les dirigeants de l'externat,
- 2) à un court séjour d'un après-midi des deux éducateurs spécialisés au centre Henri Wallon.

A la colonie, il n'a été sérieusement discuté des inadaptés qu'après une semaine de séjour, afin de pouvoir mieux connaître préalablement les enfants. La discrétion de cette préparation a été d'autant plus aisée que le directeur de cette colonie était pour sa part très au fait de ces problèmes.

Cette équipe d'encadrement s'est surtout préoccupée de la nécessité de loisirs collectifs pour tous les enfants plus que de pédagogie.

Elle fut peu dirigiste et les "colons" ont bénéficié d'une grande liberté, ils ont pu choisir leurs activités et, au repas, se grouper à leur gré. Leur cadre de vie était toutefois un peu rigide : groupement autoritaire en équipe, repas, lever, coucher à heures fixes, le directeur ayant considéré que le lever échelonné était trop difficile à pratiquer avec des inadaptés, particulièrement dans des bâtiments sonores.

Les enfants ont pu participer à la bonne marche de la colonie, chaque équipe ayant son délégué ; aucun des enfants de l'EMP n'a jamais été choisi par les "colons" pour occuper ce poste.

2°) Le voyage -

Il a été assez perturbé, un des inadaptés ayant jeté en cours de route ses valises par la fenêtre, se signale immédiatement comme "handicapé", et dès lors se fait en partie rejeter par les enfants et les adultes. Au contraire, tout le monde participe à la recherche de bouchons pour un autre externe du centre Henri Wallon, qui demande lors du voyage une surveillance particulière, pour l'empêcher de descendre dans les gares à la recherche de son objet rituel.

3°) Le séjour -

Parmi le personnel, c'est celui de service qui a posé le plus de problèmes avec les enfants de l'externat, par la surprotection massive dont il les entourait, au début du séjour ; cette attitude a, vers la fin, partiellement cédé sous l'influence de la direction. Les activités n'ont pas été perturbées par la présence des enfants de l'externat. L'encadrement n'a jamais préparé d'activité qui leur soit propre, ni abaissé le niveau ou ralenti le rythme de la colonie. En atelier, certains d'entre eux ont bien suivi, d'autres non. Au point de vue activités ludiques, les handicapés ont souvent participé, sans bien comprendre ; ils n'ont jamais été rejetés, mais lorsque leur présence perturbait la bonne marche du jeu, les enfants normaux expliquaient les règles ou se fâchaient, comme ils l'auraient fait pour n'importe lequel d'entre eux.

Les baignades ont été suivies par tous. Les filles, qu'elles soient handicapées ou non, ont beaucoup dansé.

Le chant n'a jamais été un problème, cette colonie se désintéressant de cette activité.

A la veillée, les enfants de l'EMP ont surtout fait acte de présence, mais cette participation, même réduite, les a grandement contentés.

"Des jeux olympiques" ont eu lieu ; certains handicapés y ont participé avec l'accord et selon le désir de leur équipe, qu'ils défavorisaient par leur présence. Ils y ont été particulièrement encouragés et applaudis par les autres enfants, mais aussi réprimés, lorsqu'ils ne donnaient pas le maximum de leur capacité.

Une kermesse par contre a souligné les déficits : pour que les inadaptés ne se sentent pas dévalorisés, il a fallu tricher pour que chacun ait des "bons" ; bien que les enfants aient très facilement accepté les explications des moniteurs, cette kermesse a divisé les "colons" en ceux pour qui l'on trichait et les autres.

Le courrier a été ressenti très différemment selon chacun ; certains s'en sont désintéressés, pour d'autres, il a eu une très grande importance : ils s'en faisaient une fête et demandaient qu'on le leur relise une dizaine de fois. La rédaction des lettres n'a pas posé de problème, c'est le moniteur de chaque enfant qui s'en chargeait.

Les attitudes des inadaptés devant la visite des membres de l'externat ont été très diverses ; ainsi l'un d'eux bien intégré dans son groupe, ayant conscience de sa situation, a refusé de reconnaître le directeur de l'EMP, afin de ne pas se signaler ; en agissant ainsi, il marquait son refus d'être ségrégué. Pour les autres handicapés, cette visite a eu un effet sécurisant, comme manifestation d'un lien avec leur vie affective pendant l'année. De même, pour certains, la prise de médicament a été sécurisante, elle s'est faite à table, sans que cela ne pose un problème supplémentaire d'intégration ; d'ailleurs, quelques enfants normaux suivaient aussi un traitement.

4°) Au total -

Les filles de l'EMP se sont parfaitement bien intégrées et n'ont pas eu besoin d'être prises en charge par les autres "colons". Les garçons ne sont intégrés de manières inégales ; on a noté un échec que nous relaterons plus loin. Le problème de cet inadapté a polarisé toute l'équipe, au grand avantage des autres handicapés, qui sont ainsi, par comparaison, passés plus inaperçus et qui ont été mieux tolérés par l'encadrement.

Les autres enfants, s'ils firent une différence entre eux et ceux de l'EMP (à une exception près) ne les ont jamais rejetés. Si l'on a pu noter un peu d'indifférence, surtout de la part des grands, un peu de brusquerie pour ceux qui gênaient dans un jeu leur équipe, jamais l'on n'a noté de moquerie.

Au retour, si les liens ont été rompus entre les deux groupes de "colons", il n'y a eu aucune protestation de la part des parents des enfants "normaux", qui pourtant n'avaient pas été préalablement prévenus.

De même, une mère est venue à la colonie voir son fils, elle n'a pas posé le problème de sa présence avec des inadaptés, bien que celui-ci, un jeune théoriquement normal, en fait caractériel, l'ait fort mal acceptée ; c'est d'ailleurs le seul enfant à avoir eu cette réaction et, plus que les externes du centre Henri Wallon, c'est lui qui fut rejeté.

D'après le Directeur de cette colonie, l'apport pédagogique qu'a constitué cette expérience, a permis à toute l'équipe d'encadrement, partant des problèmes des inadaptés, de mieux comprendre ceux des autres

"colons", de saisir les répercussions des problèmes affectifs sur la vie d'un enfant normal et par là son comportement dans le groupe.

IV - LE SECOND SEJOUR à la CHAPELLE-en-VERCORS

L'équipe d'encadrement dirigée par Monsieur ROUMIEUX (2^e session) était une équipe homogène se connaissant de longue date. Pratiquement, tous ses membres travaillent à la Maison des Jeunes et de la Culture de Noisy ou la dirigent.

1°) - Préparation -

Elle a eu deux phases : tout d'abord, une information sur les problèmes des handicapés, assurés par des contacts avec les éducateurs habituels de ces enfants, des visites où les moniteurs ont fait connaissance avec chacun de ces futurs "colons", la participation à des réunions de synthèse de l'équipe médico-pédagogique de l'externat.

La deuxième phase a été une préparation générale de la colonie, telle qu'elle a lieu tous les ans.

2°) - Orientation -

Ce directeur est très axé sur les problèmes de pédagogie et essaie d'avoir une action éducative sur tous les enfants par le biais de la colonie. L'équipe d'encadrement est non directive ; chacun vit à son rythme et choisit ses activités, selon la technique des équipes réunies en grand groupe.

Les "colons" se sont spontanément groupés et ont d'eux-mêmes, dans chaque équipe, intégré une handicapée, les deux garçons ont été dirigés dans l'équipe du moniteur spécialisé. Le voyage n'a pas posé de problème particulier.

3°) - Le séjour -

Dès la présentation aux enfants des locaux et de l'encadrement, quelqu'uns, de l'externat Henri Wallon, se signalent à l'attention générale par leur agressivité et leur difficulté à écouter calmement.

Les activités se sont déroulées normalement ; le problème de leur choix n'a souvent pas été résolu par les inadaptés, les filles ont été entraînées par leurs camarades et les garçons se sont souvent retrouvés isolés, les activités ayant débuté sans eux, il a donc souvent fallu leur en improviser.

En atelier, à l'exception d'un seul, ils ont bien suivi les activités manuelles, particulièrement celles de "Nature et Art".

Ils ont été parfois très intégrés dans les jeux, surtout ceux de plein air, de ballon, de chasse, etc... Spontanément, les enfants

en ont parfois simplifié les règles afin que chacun puisse y participer.

Ils ont tous bien suivi les promenades et ont, dans la mesure de leurs moyens, beaucoup chanté. Dans la deuxième partie du séjour, sous l'influence des trois fillettes inadaptées, toute la colonie s'est mise à beaucoup danser : danses folkloriques, rondes, etc... Il faut noter que lorsque dans les rondes, chacun à son tour choisissait un autre enfant, c'était le plus souvent une élève de l'EMP qui était choisie. Lors des veillées, les inadaptés ont été surtout spectateurs.

Les handicapés ont fait l'expérience du camping, ce qui, pour certains d'entre eux, les a signalés à l'attention générale : une des fillettes ayant eu un léger raptus anxieux et l'un des garçons ayant refusé de coucher sous la tente.

Lors des "Jeux Olympiques" spontanément, les enfants ont pris le risque de faire perdre leur équipe en y intégrant les inadaptés ; chacun les a beaucoup applaudi, ce qui les a valorisés à leur propre regard.

La réception du courrier était pour les jeunes débiles une fête, ils se faisaient lire leurs lettres par un moniteur, puis par plusieurs camarades. La prise de médicaments a été généralement ressentie par tous, adultes ou handicapés, comme sécurisante.

Au total, les jeunes inadaptés se sont généralement, pour les activités, groupés autour des moniteurs les moins dirigistes. Les autres enfants ont eu, envers eux, une attitude qui a évolué tout au long de la colonie. D'abord il les ont surprotégés, puis ils s'en sont un peu désintéressés et il n'y avait plus qu'une cohabitation. Enfin ils les ont pris en charge sans hyperprotection, en leur fixant des limites au-delà desquelles ils se faisaient rejeter.

Tout au long du séjour, quelques enfants "normaux", différents selon les jours, restèrent avec les handicapés permettant à ceux-ci de ne pas être isolés, et aux autres de progresser à leur rythme.

Quelques élèves d'Henri Wallon étaient très grossiers et mangeaient salement avec gloutonnerie ; les autres "colons" entreprirent de les éduquer, ce qui a donné des résultats inégaux suivant les enfants. Pour ce faire, ils durent, d'une part, les réprimer parfois même physiquement et d'autre part, faire un effort sur eux-mêmes, afin d'être un exemple.

Les résultats sur les enfants "normaux" furent intéressants ; ils rentrèrent chez eux beaucoup plus polis, ayant acquis l'habitude du "savoir-vivre". D'autre part, on a constaté qu'un "colon" particulièrement difficile a pris en charge les handicapés et, par là, s'est intégré lui aussi plus facilement à la communauté. Dans cette colonie, les inadaptés ont pu facilement s'intégrer, car chacun vivait à son rythme des activités personnalisées, ils ont été bien pris en charge et se sont peu signalés à l'attention.

L'encadrement, sans avoir jamais eu des élèves d'un EMP, avait l'habitude des débilés légers de classe de perfectionnement et des cas sociaux, puisqu'une quinzaine des enfants dits "normaux" entraient dans cette catégorie. Cette expérience a intéressé toute l'équipe et les moniteurs, motivés par elle, ont fait un travail plus sérieux qu'à l'ordinaire ; elle a fortement marqué les handicapés : l'un d'eux, un an plus tard, se souvient encore de chaque moniteur.

**B - NOUS ALLONS MAINTENANT ETUDIER LES RESUMES DES DOSSIERS DES INADAPTES
AYANT PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE :**

PREMIER RESUME DE DOSSIER : Brigitte C ...

Brigitte est née en 1957. Elle est partie dans la colonie dirigée par Monsieur CUPILLARD (1).

I - Antécédants familiaux

Brigitte est présentée comme cause d'un conflit familial.

- Sa mère n'étant pas mariée avant la naissance est très traumatisée par cette "immoralité". Elle est débile, logorrhéique et sans doute prépsychotique.
- Son père est très autoritaire, il punit la mère, la prive de télévision, de baignade, etc...Au début la mère réagissait, maintenant elle "laisse faire".
- Les parents font chambre à part, Brigitte couche avec sa mère.
- La grand-mère est hospitalisée en milieu psychiatrique.

Antécédants sociaux

La mère est femme de ménage, elle travaille irrégulièrement. Le père instable dans son travail, dévalorise celui de sa femme.

II - Bilan avant la colonie

- a) psychiatrique : Brigitte souffre de débilité psychomotrice, elle est prépsychotique, son langage est celui d'une psychotique (sa mère à le même) avec fabulation, incohérence verbale et fuite des idées. Elle a une relative adaptation au réel. Sur le plan des conduites, elle n'a pas de mécanismes de défense névrotique. Elle pose le problème d'une arriérée profonde, ayant un bon stock verbal, mais une mauvaise utilisation du langage. Elle ne sait pas se situer. Elle se structure relativement en situation avec un non investissement des acquis, une quête affective superficielle et une relation parentale non abordée. Au total elle a une inconsistance du moi.
- b) Comportement : Il y a un aspect parfois explosif de sa personnalité, elle est très sensible aux observations, elle est très émotive, très serviable et gentille.

(1) cf p. 64

- c) Relation dans le groupe : elle aime s'occuper des petits, elle est disponible, elle est très effacée avec les enfants de son âge, enfin, elle a besoin d'être valorisée.
- d) Acquisition : au point de vue pratique, elle est autonome.
- Elle a des difficultés d'attention, elle comprend lentement, oublie vite et se fatigue.
 - Sa motricité est bonne ; face à l'échec, elle se décourage et elle en a peur. Elle réussit mieux les consignes quand on ne s'occupe pas vraiment d'elle ; elle a fait des progrès en ce qui concerne la latéralité et l'orientation du schéma corporel.
 - Elle affectionne les activités manuelles : perles, canevas; elle aime le chant, la danse (à son rythme) .
 - Elle participe aux jeux collectifs, de ballon, de corde à sauter .
 - Elle marche bien, mais du fait de ses difficultés d'attention, elle ne tire pas des visites et promenades autant qu'on pourrait en attendre.

III - Evolution à la colonie

Elle n'a pas posé de problème particulier. Elle s'est tellement bien intégrée qu'elle ne s'est pas signalée comme une enfant de l'EMP.

IV - Résultat au retour

Rien de particulier, aucune modification n'est à noter.

Au total :

Bien que BRIGITTE se soit parfaitement intégrée, son évolution n'a pas été modifiée, mais ce séjour a pu prouver qu'une arriérée profonde, prépsychotique, peut s'intégrer dans une collectivité normale, sans la perturber.

DEUXIEME RÉSUMÉ DE DOSSIER - Jean P...

Jean est né en 1960. C'est un enfant unique. Il est parti dans la colonie dirigée par Monsieur CUPILLARD (1).

I - Antécédants familiaux

Ses parents sont très perturbés.

- Sa mère, très anxieuse, est hyperprotectrice
- Son père est "dépassé" par les problèmes posés par son fils.

II - Histoire de la maladie

Jean a fait des crises convulsives dans sa petite enfance.

A son entrée à l'EMP on note le caractère ambivalent plus ou moins distancié et fusionnel de la relation à l'adulte. On note aussi une anxiété superficielle constante, une instabilité psychomotrice et une quête affective importante.

III - Bilan avant la colonie

Psychiatrique : Jean est un psychotique ; il a une angoisse de castration qui confine à l'angoisse de morcellement des psychotiques, avec ritualisation, consistant à ne jamais se départir d'un objet (un bouchon au moment de la colonie) qui l'accompagne partout, y compris dans son maillot de bain. Il a une quête affective, reposant sur une ambivalence, avec exclusion du mauvais sosie. Sur le plan du langage, il a un bon niveau avec annulation des progrès par une voix enfantine maniérée. Il a presque des éléments de défense de la série obsessionnelle, mais qui s'avèrent insuffisants.

Comportement : Il a besoin d'une autorité souple mais tenace. Il montre une opposition à l'effort. Il est inactif et instable, plus porté à détruire qu'à construire. Il n'a aucune initiative.

Relations dans le groupe : Il présente des difficultés d'intégration dans le groupe.

Acquisitions : Sa compréhension des consignes est bonne, il est persévérant et fier de lui-même. Son équilibre est médiocre. Sa rythmicité correcte. Au point de vue autonomie, il s'habille, se lave et mange seul. Il participe à tous les jeux, s'il y a une stimulation permanente de l'adulte ; il aime les jeux de ballon et les activités terre et nature à l'atelier. C'est un bon marcheur, peu fatigable.

IV - Evolution à la colonie

Les activités de découvertes (surtout les fermes) ont eu sa faveur. Il a participé plus aux veillées qu'aux jeux, n'y étant que peu sollicité par l'adulte et s'est désintéressé de son courrier. Sa ritualisation, à laquelle tout le monde a participé, le protégeant

suffisamment, il a eu une bonne adaptation à la colonie, son insertion y a été discontinuée, il n'a pu s'astreindre à une tâche prolongée. Il a été très bien supporté par les autres enfants. Il a acquis un gain de vocabulaire (surtout grossier).

V - Depuis la rentrée

Il a énormément progressé sous l'action combinée d'une modification du groupe et d'une prise en charge des parents. Il commence à apprendre à lire, il sait nager sur le ventre, mais a peur sur le dos. Ses rapports avec sa mère ont progressé. Il a accepté de donner son bouchon et a pris alors une voix mâle.

Il y a dans son système relationnel des mécanismes phobiques et contraphobiques dans le registre du monde magique, il introduit toujours une autre personne à sa place (les parents se détruisant ainsi mutuellement n'ont plus d'autorité).

Au total

Ce séjour en colonie se situant dans le cadre d'une évolution favorable ne l'a pas freinée. Cet enfant psychotique, grâce à sa ritualisation à laquelle tout le monde a participé, s'est adapté à la collectivité de loisir normale.

TROISIÈME RESUME DE DOSSIER - Dominique D...

Dominique est né en 1958. Ce garçon est l'aîné d'une fratrie de trois. Il est parti dans la colonie dirigée par Monsieur CAPILLARD(1).

I - Antécédents familiaux

- sa famille est stable,
- il vit chez des grands-parents trop faibles.

II - Antécédents personnels

Dominique a eu des crises convulsives dans la première enfance, mais jusqu'en 1964 il aurait été normal. D'après le service de la Salpêtrière où il a été vu, il souffrirait d'une démence organique, survenue après un épisode de souffrance cérébrale en rapport avec une probable hémorragie méningée. L'enfant aurait perdu progressivement l'usage de la parole et serait devenu agressif.

L'E.E.G. est perturbé. Il y a une dilatation des cavités et un élargissement des sillons corticaux aux examens radiologiques. De plus Dominique est obèse.

III - Bilan avant la colonie

Son quotient intellectuel est de 47.

Psychiatrique : C'est un prépsychotique, tymo expansif, ayant des périodes d'excitation pseudo-maniaque, où l'on peut noter fuite des idées, logorrhée, incohérences verbales, associés à des fabulations et des stéréotypies, survenant de manière cyclique sans cause déclenchante nette. Il a un problème d'identification à la limite du problème d'identité, il ne sait pas bien s'il est masculin ou féminin. Il est en phase d'oralité. C'est donc un psychotique très particulier, maniaco-dépressif, ayant des périodes de déréalisation du vécu avec panique, fuite en avant, trouble du comportement et instabilité motrice.

Comportement : Il est boulimique. Il est très familier avec l'adulte dont il a besoin.

Relation avec le groupe : Il est envahissant, bagarreur, influençable ; il obéit aux suggestions mal intentionnées de ses camarades. Il ne craint pas les punitions, il ne les perçoit pas d'ailleurs en tant que telles.

Acquisitions : Il a beaucoup de moyens d'expression : peinture, céramique etc...

(1) cf page 64

- au point de vue moteur, on note une incoordination, une résistance et une rythmicité faible. En cas d'échec, il affirme s'en moquer, en cas de réussite il demande l'approbation.
- il aime les jeux collectifs de ballon, mais ne comprend pas les règles.
- il marche longtemps, mais à cause de sa grande instabilité, s'intéresse peu aux visites.

IV - Evolution à la colonie

Il a participé à des "jeux olympiques". Il a joué au ballon sans se préoccuper des règles, il n'a eu aucune activité en atelier.

Il a subi un surdosage en gardénal qui l'a endormi pendant quelques jours, puis a souffert d'une angine hyperpyrétique qui a entraîné l'hospitalisation. Il s'est très mal adapté à l'hôpital, mais dès son retour à la colonie, il n'y a plus eu aucun problème.

On notera que Dominique s'est "fiancé" avec des filles nombreuses et plus âgées que lui (à l'hôpital c'était des infirmières) ; pendant quelques jours "l'élue" jouait le jeu, puis elle le rejetait, il s'agissait non du rejet du débile mais du rejet du garçon trop empressé (à noter aussi son goût : il choisissait les plus jolies).

V - Résultat au retour

Malgré les problèmes médicaux qui se sont posés, Dominique n'a pas subi de perturbations. Il se sent rejeté de sa famille par un petit neveu en garde chez les grands-parents. Les parents vont essayer de se rapprocher de l'externat pour reprendre Dominique.

Au total

Dominique s'est intégré à la colonie, malgré les aléas de sa santé, mais son évolution n'a pas été modifiée.

QUATRIEME RESUME DE DOSSIER : Yamina B . . .

Yamina est née en 1954. La fratrie comprend cinq enfants dont deux du père de Yamina. Elle est partie dans la colonie dirigée par Monsieur CUPILLARD (1).

I - Antécédents familiaux

Son père a été rapatrié en Algérie pour des raisons politiques, il a été le deuxième mari de la mère, seul Farid, le plus jeune des enfants, porte son nom.

- Sa mère, après un bref séjour en Algérie, est rentrée en France. Elle est seule avec les enfants. Elle fait des études d'infirmière, c'est une femme intelligente ayant de la volonté.

II - Antécédents personnels

- Yamina est porteuse d'un myxoedème congénital qui a été découvert quand elle avait un an.
- Elle a souffert de nombreux placements.
- Avant son entrée à l'EMP, elle présentait des troubles du comportement, à type de chapardage et d'opposition.

III - Bilan avant la colonie

Psychiatrique : Yamina a une personnalité névrotique à structuration hystéroïde. Elle souffre de troubles d'identification, avec fixation à la mère et exclusion du père.

On note une immaturité affective, une difficulté à se prendre en charge, une tendance à l'isolement et des conduites caractérielles à type de réaction de prestance, alternant bouderie et explosivité. Les conflits sont intériorisés. Elle n'a aucune approche de la sexualité, elle élimine et elle n'aime pas les pères, elle ignore donc l'"oncle" qui la gêne et ne veut pas se marier. Elle refuse de travailler, de peur de changer d'école, malgré cela, sa scolarité est bonne mais cela ne l'intéresse pas. Elle veut être la fille de maman et a une angoisse très grande à la perspective d'aborder le monde.

Avant le départ en colonie, des lames de rasoir sont apparues dans ses mains, faut-il y voir une menace de suicide, une demande d'être prise au sérieux, une quête affective, ou un chantage ?

Elle est en pleine puberté et refuse sa condition féminine : fantasme d'être l'homme de la maison, gagnant la vie de la mère, le petit Farid étant en quelque sorte son prolongement.

(1) cf. page 64

Comportement : AL'EMP elle n'a exercé aucun chapardage.

Elle est puérile mais a du bon sens, son information et son vocabulaire sont pauvres. Capricieuse mais non agressive, elle peut être coopérante ou renfermée, vivante, dynamique ou brutale. Son adaptation sociale est bonne ; vis-à-vis des adultes, elle est timide, gentille et a besoin d'être valorisée.

Relations dans le groupe : Elle n'aime pas être seule et a un petit groupe d'amies, elle préfère être avec les plus jeunes, on ne lui connaît pas d'amis garçons.

Acquisitions : Elle a une bonne éducation, elle sait lire, elle est autonome.

Au point de vue moteur, sa rythmicité est bonne, sa motricité aussi ; face à l'échec elle est résignée, face à la réussite elle est enthousiaste.

Elle aime chanter, danser, faire des travaux ménagers.

Elle est habile et a beaucoup de goût, son travail est soigné.

Elle affectionne les jeux de plein air, de garçons, de ballon.

Elle marche bien et s'intéresse à la nature et aux visites.

IV - Evolution à la colonie

Elle s'est fondue dans le groupe. Son adaptation a été très bonne ; elle ne s'est pas signalée à l'attention et a très bien suivi toutes les activités, en particulier les ateliers.

V - Evolution au retour

Après une adaptation initiale en classe de perfectionnement, elle a rompu complètement avec l'EMP. Par sa mère, on sait qu'il y a eu échec de la classe de perfectionnement et un retour à l'IMPro(1) est envisagé.

Au total

Ce séjour en colonie a montré qu'une débile, à personnalité névrotique, peut parfaitement s'intégrer à une collectivité normale enfantine de loisir, mais que cela ne permet pas toujours de préjuger de l'adaptation à un milieu scolaire normal.

(1) Institut Médico-Professionnel

CINQUIEME RESUME DE DOSSIER : Chantal L...

Chantal est née en 1956, c'est une fille unique, elle est partie dans la colonie dirigée par Monsieur CUPILLARD (1).

I - Antécédents familiaux

Ses parents ont une personnalité rigide ; Chantal ayant été conçue avant le mariage, ils se sont punis de cette "faute" en n'ayant plus d'autres enfants. Ils n'abordent le problème de leur fille que par le truchement d'un sujet précis, tel que l'orientation ; ils essaient de la rendre plus autonome. Ils parlent de son état devant elle, son père, impatient, intolérant, narcissique, est fier que sa fille soit belle.

II - Antécédents personnels

Chantal a fait une toxicose à 2 mois.

III - Bilan avant la colonie

Psychiatrique : Chantal est une débile névrotique, elle a un retard de langage avec un blocage affectif : perte du mot, difficulté mnésique avec angoisse, crainte panique de l'erreur. Elle a des difficultés d'identification, un attachement régressif à sa mère avec interdit de toutes acquisitions. Elle est en opposition ambivalente avec le père, pour qui elle éprouve une certaine identification. Son désir, interdit, d'acquisition entraîne des conduites d'échecs, un désir angoissé de réussite interdite ; son surinvestissement scolaire, aggrave l'échec ; enfin, elle a peur d'occuper une position de leader.

Comportement : Elle est aimable, serviable, elle aime les contacts, les échanges verbaux avec les adultes.

Relations dans le groupe : Elle s'y intègre bien et prend les petits à charge, elle s'y montre autoritaire, coléreuse, sensible et se vexe facilement.

Acquisitions : Au point de vue vie pratique elle est autonome, elle a une bonne élocution, elle ne lit pas couramment. Elle a une bonne compréhension des consignes, une résistance faible, une bonne récupération mais elle est raide et son équilibre est perturbé, elle a besoin d'associer rythme et parole. Devant l'échec, elle ne fait pas de drame et n'est pas non plus enthousiaste devant la réussite. Elle aime tous les travaux manuels, bien qu'elle soit malhabile : vannerie, tissage. Elle apprécie les jeux collectifs, relais, ballons,

(1) cf. page 64

etc... où elle se montre active et bonne joueuse. Elle marche bien, aime la nature et s'intéresse aux visites.

IV - Evolution à la colonie

Chantal est passée inaperçue, elle s'est bien intégrée, mais a mal supporté d'avoir un lit aux courants d'air (phénomène de panique), elle n'a rien osé dire. Elle n'écrivait pas assez bien pour correspondre avec ses parents, ce qui la traumatisait, mais l'a incitée à faire des progrès en écriture. Lors de la visite à la colonie du directeur de son ~~exter~~nat elle a fait semblant de ne pas le voir, pour ne pas se signaler comme une enfant handicapée. Elle avait noué des relations amicales avec une fillette normale, qu'elle n'a pas conservées au retour.

V - Evolution au retour

Chantal revient avec le désir de retourner en colonie, elle est en pleine évolution, elle se montre plus habile. Son père a avec elle une meilleure relation, mais il y a inhibition de l'efficacité voulue, pour ne pas prendre la place de la mère. Son contact avec les autres enfants, s'est nettement amélioré, elle s'en occupe pour les aider et non pour manifester sa supériorité, son agressivité ne se manifeste qu'à l'égard d'elle-même dans son travail. L'homogénéité du couple parental constitue pour elle un motif de frustration ; elle est dans une situation très oedipienne, elle reconnaît le couple parental comme homogène et exprime une culpabilité si l'on empiète dans le domaine des parents. Elle manifeste aussi le souci d'être comme tout le monde et être dans une école où l'on est différent, la culpabilise.

Au total

Ce séjour lui a été profitable, une évolution favorable s'y est amorcée, il a permis d'avoir une idée sur la manière dont elle se comportera en classe de perfectionnement, il faut souhaiter qu'elle s'y intègre aussi bien qu'à la colonie.

SIXIEME RESUME DE DOSSIER - Yannick P...

Yannick est né en 1962, c'est le septième enfant d'une fratrie de sept. Il est parti dans la colonie dirigée par Monsieur CUPILLARD (1).

I - Antécédents familiaux

- social : le milieu est normal,
- pathologique : le père est éthylique,
la mère a fait une dépression en 1967.

II - Antécédents personnels

Yannick est un microcéphale à l'aspect niais et gentil.
Il présente une épileptie néonatale et un retard psychomoteur.
Il souffre de troubles du caractère : il est passif, mais fait parfois des colères scéniques.

III - Bilan avant la colonie

Son quotient intellectuel est de 64.

Psychiatrique : Il a une immaturité affective avec des conduites hystéroïdes, un refus de grandir, des difficultés d'identification, une attitude passive, une installation dans l'échec, une dépendance à l'adulte. Il présente des difficultés instrumentales de type spatial, avec dyslatéralité et de type conceptuel avec labilité de l'attention et difficulté de synthèse, ce qui entraîne une incapacité objective dont l'enfant a conscience. Sa régression affective constitue une forme d'annulation des difficultés et montre une angoisse de les aborder, d'où les conduites de surcompensation avec séduction, quête affective de l'adulte et fabulation.

Comportement social : Au patronage, Yannick fait des colères théâtrales et exploite la panique ainsi créée.

A l'EMP son comportement est adapté, relativement stable avec fabulation, peur du contact, parfois camouflé en insolence.

Relations parentales : Yannick est très attaché à sa mère.
Il a des difficultés au coucher, il est anxieux et dort souvent avec sa soeur aînée.

Relations dans le groupe : Yannick donne des ordres aux autres enfants et les fait travailler, il cherche à se faire valoir, à se mettre en situation d'exception, il est parfois solitaire. Il supporte mal les critiques des autres en ce qui concerne son physique. Il est le "leader" d'un petit groupe de deux ou trois.

(1) cf page 64

Acquisitions : Il a une bonne motricité et une bonne coordination des mouvements.

Son niveau de langage est correct.

Au point de vue vie pratique, il est autonome, son ludisme est envahissant, malgré sa peur des jeux collectifs.

Son instabilité est grande (labilité attentionnelle), on constate un refus d'acquisitions scolaires.

Au point de vue des activités pratiques, il est coopérant et préfère le travail de la terre et le modelage.

IV - Evolution à la colonie

Il s'y est bien intégré, il a vécu de manière autonome et n'y a pas présenté de troubles du comportement.

V - Au retour

Il y a une reprise du cursus sans difficulté, ni très grande modification quant au fond.

Au total

Yannick s'est bien adapté à la colonie, mais ce séjour n'a pas modifié l'évolution de cet enfant.

SEPTIEME RESUME DE DOSSIER : Marcel G...

Marcel est né en 1957, il est l'aîné d'une fratrie de deux. Il est parti dans la colonie dirigée par Monsieur CUPILLARD (1).

I - Antécédents familiaux

- Sa mère a une personnalité rigide.
- Son père est éthylique, il a des difficultés caractérielles ; avec Marcel, il a des relations agressives et impulsives. Il est en situation d'enfant avec sa femme.
- La famille est en situation de conflit, la grand-mère voulant rejeter l'enfant loin du foyer conjugal.

II - Bilan avant la colonie

Psychiatrique : Marcel a une structure psychotique : il présente des dyskinésies paradoxales, une stéréotypie de protection, des épisodes d'instabilités motrices avec mouvements stéréotypés, un parasitisme mimique avec sourire discordant.

On note une ambivalence de la relation avec l'autre en général et la mère en particulier, mi-tendre, mi-agressif, avec ritualisation : il sent, touche, etc...

Avec le père, il y a une relation de rejet et de protection, le père et le fils s'excluant mutuellement à l'égard de la mère. Il a des conduites presque suicidaires, il se jette sous les voitures.

En 1968 il est parti en colonie sanitaire, après un départ dramatique, tout s'est arrangé en deux-trois jours. Il est revenu très attaché à sa monitrice. Sa famille s'était bien reposée.

Cette fois-ci, il part en colonie dans un contexte de terreur d'être placé en internat médico-pédagogique et d'être séparé de sa mère.

Comportement : Ses contacts sont très réduits. Il touche, il sent et commence à parler. Il est physiquement très marqué et il ricane sans cesse. Vis-à-vis des adultes, il demande leur aide et recherche les démonstrations affectives.

Relations avec le groupe : Il participe à la vie du groupe et gagne à être avec des plus jeunes, il s'intéresse aux autres enfants.

Acquisitions : Au point de vue moteur, ses mouvements sont anarchiques, sa rythmicité est bonne, mais son équilibre est mauvais.

En groupe il aide ses camarades.

- Il aime la danse, la musique, les livres d'images, le coloriage, le dessin, la peinture, les jeux de ballon, dont il ne comprend d'ailleurs pas les règles, les rondes, les mimes.

Il marche bien, mais ne s'intéresse pas aux visites.

III - Evolution à la colonie

Il y a fait une régression massive, souffrant d'un sentiment d'abandon, dû à sa situation conflictuelle, il a été incapable de se prendre en charge, même pour manger et n'a cessé de pleurer. Il est devenu énurétique et encoprésique, tant diurne que nocturne. Ni les adultes, ni les enfants ne l'ont pris en charge, au contraire, il a polarisé le groupe sur son cas, permettant aux autres débiles de se fondre dans la masse. Les premiers jours, l'infirmière est restée continuellement avec lui et comme on ne put mobiliser une personne en permanence pour lui, le Directeur, contre l'avis des moniteurs, a décidé de le faire ramener par la mère, afin d'éviter un raptus. Dès l'arrivée de celle-ci, l'enfant fut complètement transformé.

Ce séjour représentait donc un gros risque et fut un échec, tant pour Marcel que pour ses parents. Cela a confirmé l'anormalité de l'enfant, qui ne peut vivre en colonie normale.

Cet échec était dû à la situation conflictuelle présente dans la famille à ce moment-là.

IV - Evolution au retour

Toutes les perturbations dont souffre Marcel ont été majorées ; cela montre ce que serait l'effet d'un placement.

* Marcel est, au retour, très agressif avec sa mère, son père et sa soeur.

Pour le père, le départ de son fils signifiait le retour à sa propre mère.

En novembre 1969, on notait une quasi constante fusion ambivalente avec la mère. Et à l'externat, on notait une bonne coopération aux activités, avec une agressivité ou une quête affective massive au niveau des adultes.

Marcel a de bonnes relations avec les autres enfants, son humeur varie selon les aléas familiaux. Son expression verbale et la labilité de son attention se sont bien améliorées.

La mère, sous la pression de la belle-mère, demande à contre-cœur un placement en IMP (1)

Donc, l'enfant est en progrès, malgré la persistance d'une agressivité réservée au milieu familial ; ces progrès, ces acquisitions sont compromis par un placement en internat.

Au total

La décompensation en colonie a donc été transitoire et Marcel a très vite récupéré. Mais ce séjour a affirmé aux yeux de la famille l'anormalité de l'enfant et a donc aggravé la situation conflictuelle. Ce bref séjour a montré quel serait l'effet régressif du placement.

(1) Internat Pédico-Pédagogique.

HUITIEME RESUME DE DOSSIER : Tony R...

Tony est né en 1957. Il est l'aîné d'une fratrie de deux. Il est parti dans la colonie dirigée par Monsieur ROUMIEUX (1).

I - Antécédents familiaux

- Le père est alcoolique, il accepte mal l'état de l'enfant.
- Rien de particulier n'est signalé sur la mère.

II - Histoire de la maladie

A son entrée à l'EMP, Tony n'avait aucune acquisition scolaire. Il présentait des conduites autopunitives. Il se situait mal dans la famille et était agressif vis-à-vis de sa soeur. Il était culpabilisé, avait un sentiment d'insécurité, d'agression à l'égard de lui-même et donc un besoin de protection. On notait, d'autre part, une grande labilité des idées.

III - Bilan avant la colonie

Son quotient intellectuel est de 62.

Psychiatrique : C'est un enfant névrotique, obsessionnel, ayant des conduites autopunitives, à type de castration, on note une homosexualité latente avec fixation aux hommes (il existe des liens homosexuels avec le père).

Comportement : Tony est sensible à la frustration et au rejet. Il trouve sa place dans un climat favorable. Il recherche les échanges avec les adultes et veut qu'on s'occupe de lui. Il est grossier mais affectueux et serviable.

Relations avec sa Mère : Elle est pour lui à la fois sa domestique et celle qui lui a tout appris.

Relations avec le groupe : Peu à l'aise dans un grand groupe, il a tout d'abord été rejeté de son équipe à l'externat, maintenant il y est accepté et il y est surtout proche des plus jeunes.

Acquisitions : Il a une bonne élocution, son vocabulaire est riche. Au point de vue moteur, il est actif, mais a une incoordination et une mauvaise rythmicité.

Il est désespéré par l'échec.

Il est maladroit, mais aime les travaux manuels, qui sont pour lui un moyen de communication avec l'adulte ; il affectionne la céramique, la décoration, la peinture.

En promenade, il marche longtemps, mais à l'arrière, il est intéressé par la nature et pose des questions.

(1) cf page 67

Il aime enfin les danses folkloriques et la gymnastique.

IV - Evolution à la colonie

On avait peur que Tony ne présente une recrudescence des conduites autopunitives, il n'en a rien été. Il s'est bien intégré, mais a beaucoup parlé de sa famille. Il a pris Alain L. en charge, son attitude éducative a parfois même été semi-répressive. Tony, en se prenant pour la mère d'Alain, a eu une attitude homosexuelle, qu'il a vécue au niveau de la colonie comme un rôle de leader, mais sans risque de castration. Il a su adapter sa personnalité à la réalité ambiante. On a eu une confirmation de la structuration de sa névrose, de la solidité de son moi, mais aussi de son anxiété permanente.

Il a bien participé aux jeux, surtout d'approche, de cachette, de foulard, de chasse, de ballon ; mais il s'est toujours vite lassé. En atelier, il n'a rien fait. Sa prise de médicament fut notée comme sécurisante.

V - Au retour

Tony ne reproduit pas l'attitude qu'il avait à la colonie à l'égard d'Alain L., et montre ainsi une grande souplesse, une absence de stéréotypie, ce qui est intéressant sur le plan diagnostique et pronostique.

Au total

Tony s'est parfaitement adapté à la colonie. On a pu tirer de ce séjour quelques éléments diagnostiques et pronostiques.

NEUVIEME RESUME DE DOSSIER : Alain L...

Alain L. est né en 1957. Il a été très abîmé à la naissance par les forceps. Il est parti dans la colonie de Monsieur ROUMIEUX (1).

I - Antécédents familiaux

- Sa mère, épileptique, se suicide par défenestration en 1959.
- Son père, remarié, a une petite fille. Il voit très peu son fils qui est élevé par sa grand-mère, une paranoïaque sensitive bien compensée.

II - Bilan avant la colonie

Psychiatrique : Alain est un psychotique avec autisme ; sur le plan du langage, sa phrase est incomplète, apparemment mal adaptée avec éruption du subconscient, réponse à côté et mucitation. Il utilise les objets ou les activités dans la mesure où ils ne sont pas objets relationnels. Il présente des stéréotypies à type de vol de clé. Il souffre de parasitisme mimique avec syncinesie psychogène. Sur le plan affectif, on note une quête de type fusionnel avec pseudo-indifférence et rupture de contact. Il ne perçoit pas ses propres limites corporelles.

Comportement : Alain se suffit à lui-même, il se raconte des histoires. Son apparence est assez antisthétique ; réclamant un intérêt soutenu, il aime que l'on s'occupe de lui et qu'on l'encourage à l'exercice. Il a tendance à persévérer. Il est poli, craintif et paniqué quand il voit des gens pour la première fois, mais s'attache vite et est très affectueux.

Relations dans le groupe : Il est très toléré par les autres enfants qui ont tendance à être paternels, ou même maternels avec lui. Dans le groupe il est craintif, sauf s'il le connaît bien. Il ne sait pas se défendre, il reste souvent seul et est très attaché à Tony R.

Acquisitions : A point de vue vie pratique, il est autonome. Il est instable et s'intéresse peu aux activités manuelles, sauf si elles sont un moyen d'échange avec l'autre. Au point de vue motricité, il a des difficultés de coordination, il est maladroit, sa rythmicité est passable, il est indifférent devant la réussite. Il affectionne la peinture, le découpage, le collage. Il participe aux jeux de plein air, de ballon, mais il ne s'intéresse pas aux règles, pas plus qu'aux promenades où il se montre bon marcheur.

III - Evolution à la colonie

Il y a utilisé pour la première fois des objets et y a produit quelque chose.

Il a un peu joué au football. Sa passion pour les voitures s'est trouvée satisfaite puisqu'on l'a laissé "conduire". Il a refusé de camper.

La prise de médicament l'a laissé indifférent.

En fait, il ne s'est jamais vraiment intégré à la colonie.

IV - Gain provoqué par la colonie

Il a pris conscience de son problème maternel, il pose enfin le problème de la mère, en parle, la réclame, à la rentrée on peut lui expliquer ce qu'est la mort.

Pour la grand-mère le fait que l'enfant se soit intégré et soit, au retour, salué par des enfants normaux, la rassure. Il faut noter qu'un an après, Alain se souvient encore de ses moniteurs.

Au total

Au cours du séjour en colonie s'est amorcée une évolution favorable d'Alain, ce qui lui est directement bénéfique.

Indirectement, la sécurisation de la grand-mère, que ce séjour a provoquée, l'est aussi.

DIXIEME RESUME DE DOSSIER - Agnès P...

Agnès est née en 1957, elle est partie dans la colonie dirigée par Monsieur ROUMIEUX (1).

I - Antécédents familiaux

Le milieu familial coopère activement au traitement de l'enfant.

II - Antécédents personnels

L'accouchement a eu lieu à 10 mois. Agnès a dû être réanimée. Elle est traitée par les extraits thyroïdiens. Elle a déjà été en aérium et en colonie avec sa soeur, avec la municipalité en 1968 ; elle s'y était bien adaptée.

Son aspect est particulier : son crâne en pointe, à la limite de la micro-céphalie et son strabisme peu marqué lui font une tête de singe.

III - Bilan avant la colonie

Son électro-encéphalogramme, imparfaitement organisé, montre des ondes lentes.

Son quotient intellectuel est de 63.

Psychiatrique : Elle a une personnalité hystérique avec un problème de fixation à la mère, un désir de séduction, un refus de grandir. A l'égard des garçons, elle est agressive et fuyante. Son désir d'acquisition passe d'abord par le désir de faire plaisir ; c'est une façon de se valoriser. Elle a besoin de protéger, d'avoir des petits autour d'elle (fixation à la mère) elle a besoin d'être protégée et c'est dans le ventre de sa mère qu'on est le plus à l'abri. Elle a besoin des autres et a des difficultés à vivre seule, ce qui engendre l'anxiété. Elle a des préoccupations sexuelles à type de castration.

Comportement : Elle éprouve un sentiment de frustration, une crainte perpétuelle de n'être pas aimée. Elle est sociable bien qu'exclusive, elle recherche le contact avec les adultes.

Relations dans le groupe : Agnès aime commander, elle se dispute avec les garçons et recherche la compagnie des plus grands.

Acquisitions : Elle a un bon équilibre et une bonne rythmicité, elle est habile et ne se décourage pas facilement. Elle a une bonne élocution et sait à peu près lire. Elle comprend rapidement les règles des jeux et les applique, elle n'aime pas perdre, elle affectionne les jeux de relais, de ballon, la peinture, le pliage,

(1) cf - page 67

le découpage, le tricot, le raphia, les perles et le canevas. C'est une bonne marcheuse, très motivée, intéressée par la nature et les animaux.

IV - Evolution à la colonie

Agnès a beaucoup joué à des jeux de société, d'approche, de chasse, de ballon, en particulier au volley-ball, où elle tenait sa place sans jamais toucher le ballon. Agnès était très contente d'avoir compris le jeu, d'avoir participé, souvent elle en modifiait les règles et elle commentait son activité lorsque celle-ci était terminée.

Elle a été ravie de faire du camping et de coucher, physiquement, près de sa monitrice.

Elle a beaucoup parlé de sa famille et son courrier a eu pour elle une grosse importance.

Au point de vue vie pratique, elle s'est révélée autonome.

V - Evolution au retour

Elle a mûri. Sa structure ne s'est pas modifiée, mais elle s'y est adaptée.

Sa relation avec les hommes s'est améliorée ; on note un phénomène de transfert positif sur le directeur, avec conduite de cadeaux, elle accepte maintenant avec fierté et revendique, de manière un peu ostentatoire, sa condition féminine ; elle exploite sur un mode un peu exhibitionniste l'apparition de ses menstruations ; elle a des difficultés d'utilisation de l'écriture avec déplacement des interdits oedipiens.

Au total

Agnès s'est bien adaptée à la colonie ; ce séjour s'inscrit dans le cadre de son évolution favorable et a amorcé une accélération de celle-ci.

ONZIEME RESUME DE DOSSIER : Claudine D...

Claudine est née en 1957. Elle est mongolienne. Elle est partie dans la colonie dirigée par Monsieur ROUMIEUX (1).

I - Antécédents familiaux

- Elle est l'aînée de trois enfants.
- Son milieu familial l'a bien acceptée. Ses parents sont coopérants, ils sont très désireux de la voir s'insérer dans une colonie normale.

II - Antécédents personnels

- Elle a fait une perte de connaissance à l'âge de quatre ans, après une chute
- Elle est petite, porte des lunettes et, bien qu'elle ait l'aspect d'une mongolienne, passe facilement inaperçue.

III - Bilan avant la colonie

Psychiatrique : Elle ne pose pas beaucoup de problèmes par rapport à son déficit, elle n'est pas névrotique et n'a pas de trait pathologique particulier, autre que sa trisomie.

Comportement : Elle est docile et affectueuse, se bute parfois mais revient par la douceur, elle est très indépendante et autonome. Elle est appliquée dans tout ce qu'elle entreprend. Il faut lui expliquer lentement et doucement les consignes. Elle est active, sociable et craintive.

Acquisitions : Sa motricité, sa rythmicité et son équilibre sont bons. Elle affectionne les jeux collectifs, de ballon et les jeux de petite fille, tels que la dinette, ainsi que les activités de raphia, peinture, découpage, collage.

C'est une bonne marcheuse mais elle est peu curieuse.

IV - Evolution à la colonie

Son adaptation y est bonne, elle fait son lit seule, est autonome, mais elle a tendance à se faire prendre en charge par l'adulte.

V - Evolution au retour

A la rentrée elle se montre opposante devant la proposition d'acquisition scolaire et refuse de travailler avec les grands. Elle a des

relations avec autrui dans la mesure où elle peut le manipuler. Elle est disponible pour les activités manuelles, son rythme de travail est lent, elle lit sans comprendre et préfère les tâches ménagères.

Au total

Son séjour en colonie a montré qu'un mongolien peut être parfaitement inséré dans une collectivité normale.

C - CONCLUSION DE CETTE EXPERIENCE

I - RESULTATS

A - LES ENFANTS DE L'EXTERNAT -

Leur accueil et leur prise en charge par les enfants "normaux" ont été d'excellente qualité. Ils n'ont manifesté aucun sentiment de mépris ou de supériorité, ils se sont comportés avec une grande discrétion, appelant les élèves d'Henri Wallon "les enfants qui vont à l'école en car". Aucune manifestation de rejet n'a été observée et la protection a toujours été souple et adaptée, sans déboucher sur des phénomènes d'hyperprotection. Les inadaptés ont tous manifesté le désir de participer de nouveau à un séjour alors que, au préalable, des réticences avaient été clairement perçues.

L'agressivité du milieu normal, plus intense et plus grande que celle d'un milieu protégé, les contraintes inhérentes à une société d'enfants (discipline, respect de l'horaire, nécessité d'un ordre) ont permis aux handicapés de mieux percevoir l'importance de leur déficit, ce qui, pratiqué dans un cadre qui supporte bien l'existence de ces déficiences et les prend en charge, est un élément positif ; cela permet à l'enfant de saisir la nature des relations sociales plus proches des modèles dans lesquels il devra s'inscrire à l'avenir.

Ces contraintes évoquées plus haut, ont eu pour effet, également, de développer l'autonomie des inadaptés :

- 1°) les habitudes d'ordre et de respect de l'autre, les règles de savoir-vivre, en particulier à table, se sont développées plus vite et se sont mieux fixées que dans le cadre de l'externat : en particulier, la "gloutonnerie" a beaucoup régressé sous l'influence de ces contraintes et de celles, répressives, des autres enfants.
- 2°) les inadaptés, plus qu'à l'externat où la communication ne se fait pas nécessairement sur un mode verbal, ont dû utiliser plus fréquemment le langage et mieux mesurer les difficultés pratiques qu'impliquent son usage approximatif ou un refus partiel de son utilisation.

Donc des progrès précis dans certains domaines ont pu être faits et des modifications de comportement se sont produites, comme on l'a vu en étudiant quelques dossiers, donnant lieu à l'éclosion de nouveaux problèmes psychoaffectifs qui ne se sont pas toujours manifestés au cours de la colonie, mais parfois seulement à la rentrée ; ils ont pu permettre un abord différent et donc d'aller plus avant dans l'évolution de l'enfant. Enfin, les mongoliens très bien intégrés n'ont posé aucun problème particulier et ont ainsi prouvé leur aptitude à vivre en collectivité normale.

B - LES PARENTS

Les familles des inadaptés participant à l'un de ces séjours étaient très anxieuses et avec l'approche du départ leur anxiété croissait, ce qui a conduit certaines d'entre elles à rechercher des motifs pour revenir sur leur décision ; ces motifs avaient deux caractéristiques apparemment paradoxales : d'une part, ils n'avaient aucune solidité objective et, d'autre part, ils étaient peu discutables, car ils se référaient à un domaine où l'équipe de l'externat ne pouvait accéder : incidence sur le budget familial, sur l'organisation générale des vacances, etc... En fait ces parents surprotecteurs avaient peur de l'inconnu, peur de ce qui pouvait faire évoluer leur enfant et modifierait les rapports qu'ils entretenaient avec lui, ainsi que sa place au sein de la famille.

Après le retour, à la grande déception des équipes d'encadrement des colonies, aucune famille des inadaptés n'a participé à la réunion générale, mais des points positifs ont marqué les parents : tout d'abord, ils ont découvert, avec beaucoup de satisfaction, l'existence de liens entre leur enfant et les autres, liens qui, bien que lâches, ont subsisté au cours de l'année. Ensuite, ils ont fait l'expérience que leur fils ou leur fille pouvait vivre dans un milieu non protégé. Ce séjour a eu un double effet, d'une part il a modifié l'opinion que les parents se faisaient de leur propre enfant et, à cet égard, il a pu les aider à sortir de l'alternative rejet-hyperprotection, mais, d'autre part, il a réactivé les problèmes qui se sont posés à eux lorsqu'ils ont dû prendre acte de la déficience de leur enfant. Par l'espoir qu'il a pu donner, il a rouvert les blessures. Cette expérience peut donc remettre en cause le statut de l'inadapté dans la famille, ce qui peut être positif ou négatif, comme l'évolution ultérieure l'indiquera.

C - LES AUTRES ENFANTS -

Ils ne se sont jamais sentis frustrés par la présence des handicapés et ils n'ont jamais été délaissés par l'équipe d'encadrement. Outre les résultats obtenus dans l'une des deux colonies sur leur "savoir-vivre", il n'est pas inutile de souligner la valeur sociale

de cette expérience, car les comportements habituels de la Société à l'égard du malade mental sont fréquemment rejetants et compromettent les tentatives de thérapeutiques ambulatoires. Il paraît donc souhaitable d'habituer les jeunes à considérer comme normale la présence à leurs côtés d'inadaptés.

D - L'ENCADREMENT -

Les deux équipes qui se sont succédées à La Chapelle-en-Vercors ont souligné le rôle éducatif et motivant d'une telle expérience pour chacun de ses responsables, tant au niveau de l'encadrement que de la Direction.

II - DISCUSSION ET PROBLEMES SOULEVES PAR CETTE EXPERIENCE

A - La PREPARATION

Il n'existe pas de critère de choix défini pour sélectionner les enfants pouvant participer à ce séjour. C'est donc au personnel médico-pédagogique de chaque enfant de décider en fonction de ses antécédents et de son évolution.

Des antécédents de bonne intégration en colonie sanitaire ou spécialisée, ne sont à considérer qu'avec précaution, ainsi que nous l'avons vu dans le résumé du dossier d'un enfant qui y avait, avec succès, à plusieurs reprises, passé six semaines et dont le séjour en colonie normale a dû être interrompu très rapidement. Toutefois, dans certains cas, la colonie spécialisée peut constituer une étape avant une intégration plus complète.

L'âge des "colons" est à prendre en considération, essentiellement celui des enfants normaux : les plus jeunes intégrant les inadaptés plus facilement. Il semble que, pour le sexe, il en soit un peu de même, l'intégration des fillettes étant plus aisée. Leur nombre joue aussi un rôle très important, tant global (chaque catégorie d'enfants doit être en nombre peu important) que proportionnel ; il ne doit y avoir qu'un seul handicapé par équipe. Il semble que l'idéal soit une colonie de 75 enfants, comprenant 5 ou 6 inadaptés.

Les moniteurs doivent être nombreux, un pour sept ou huit enfants et volontaires pour s'occuper des handicapés. Les directeurs, comme leurs équipes, doivent être de très grande valeur et leur sélection est difficile.

Dans cette expérience la présence d'un éducateur spécialisé a tranquilisé l'équipe. Il a servi de référence lorsqu'un problème grave se posait et son utilité en cas de crise, lors du premier séjour, est clairement apparue. Il a permis à l'externat de mieux assurer l'observation des inadaptés en milieu normal.

Toutefois, il fausse par sa présence un peu l'expérience, l'inadapté

se trouvant encore dans un milieu protégé, même si, comme ici, il est pleinement intégré et a sous sa responsabilité une équipe comprenant enfants normaux et handicapés. Le fait que les inadaptés l'aient vu à l'externat est pour eux sécurisant, mais aussi leur permettra plus facilement de reproduire leur conduite antérieure, le milieu n'étant pas neuf.

L'implantation de la colonie a ici facilité l'expérience, la surveillance et le respect des règles de sécurité étaient aisées ; le centre étant loin de tout village peu d'influences extérieures ont pu se manifester, les quelques fermes alentour avaient été prévenues et attendaient l'arrivée de "monstres" ; il semble qu'une telle précaution ait été inopportune, mais elle n'a pas gêné l'intégration des inadaptés. De même il ne semble pas indispensable de prévenir les enfants normaux et leurs familles ; dans cette expérience personne ne l'avait été et tout s'est très bien passé, sans qu'aucun parent ne proteste au retour ; ainsi les enfants n'avaient aucune idée préconçue, ni aucun préjugé qui aurait pu rendre cette intégration difficile.

Cette expérience a été préparée par l'externat, tant par le travail des éducateurs des handicapés que par l'intégration préalable des inadaptés dans des groupes de loisirs normaux, patronage du jeudi par exemple et devrait se poursuivre de cette façon pendant l'année. La préparation de l'encadrement, nous l'avons vu, a été différente avec chaque équipe et chacune des méthodes a donné de bons résultats. Il semble qu'une information succincte soit utile ainsi que la constitution d'un dossier sommaire sur chaque enfant.

B - Le SEJOUR -

Comme on l'a vu, le groupement autoritaire ou libre des enfants n'a pas influé sur leur intégration. La technique des équipes réunies en grand groupe, pour toutes les activités, semble être satisfaisante dans une expérience de ce genre, car elle permet à l'inadapté de trouver facilement un cadre à sa mesure, elle aide à sa prise en charge par les autres enfants qui, éventuellement, l'aideront dans un premier temps à choisir son activité, les inadaptés ayant beaucoup de difficultés à le faire seuls, ce qu'il faut pourtant, autant que possible, favoriser.

La répartition des handicapés dans chaque équipe leur a permis d'être intégrés à part entière dans la colonie et, éventuellement, d'être pris en charge par les "colons" normaux.

Les deux encadrements ont été assez peu dirigistes et l'expérience a, dans l'ensemble, réussi. On ne peut évidemment, en déduire qu'une équipe dirigiste aurait échoué ; il semble pourtant qu'à l'intérieur même de la colonie, ce soit les moniteurs les moins directifs qui aient eu les meilleurs résultats

Les rapports de la direction de la colonie avec celle de l'externat ont été suivis ; cette précaution est indispensable en cas de crise aiguë ou de problème important. Elle est très bénéfique aux enfants et permet de ne pas interrompre la surveillance de leur évolution. Toutefois, la visite des membres de l'externat à La Chapelle-en-Vercors n'a pas apporté grand-chose, si ce n'est la preuve qu'un certain nombre d'inadaptés s'était réellement fondu dans la masse et ne désirait pas se faire "repérer".

Repérage d'autant plus aisé que ce sont, dans cette expérience, les élèves d'un seul et même EMP qui partent avec les colonies de la Caisse des Ecoles de Noisy, ce qui, en les signalant à l'attention dès le départ, est un facteur ségrégatif, d'autant qu'entre eux les jeunes handicapés se connaissent et donc ne se trouvent pas dans un milieu neuf et non protégé. Nous avons vu que cette situation a aussi un avantage : les enfants étant tous originaires de Noisy, des liens peuvent subsister entre eux à leur retour.

Un autre problème est à envisager : celui de la durée du séjour ; pour certains inadaptés un mois fut un peu long et, pour eux, l'optimum se situerait aux alentours de trois semaines. Malheureusement, la durée des séjours en colonie d'été étant d'un mois, il faut se plier à cette règle, mais éviter, comme d'ailleurs pour tout autre enfant, "les redoublements".

Enfin, dernier problème : bien que cette expérience ait globalement réussi, elle fut un échec pour l'un des élèves de l'EMP, mais la régression qu'elle avait entraînée a rapidement cédé et la situation de l'enfant, dramatique à cause de son statut dans sa famille, n'a pas vraiment empiré. Bien que cet échec ait été unique, il serait exagéré d'en tirer la conclusion que ce risque n'est pas à prendre en considération.

III - AU TOTAL

Les résultats obtenus grâce à cette expérience permettent de penser que l'insertion dans des colonies normales fait partie intégrante de l'ensemble de l'appareil thérapeutique et éducatif. Ce moment constitue une période de sociabilisation maximum, ainsi que la mise à l'épreuve de l'efficacité thérapeutique et éducative de l'institution. En 1970, l'externat Henri Wallon a pu envoyer la quasi-totalité de ses élèves en colonie normale et a obtenu que leur prise en charge par la Sécurité Sociale soit étendue à ce moment particulier.

CHAPITRE II

NOTRE EXPERIENCE A LA C.C.A.S.

Nous allons maintenant décrire une expérience originale, celle de la C.C.A.S. (1), que nous avons organisée et suivie de bout en bout en 1970. Cette expérience est originale à plus d'un titre car, d'une part, elle a simultanément intégré des enfants présentant des handicaps très divers, d'autre part, ces inadaptés, pleinement intégrés à la collectivité enfantine, ont été confiés à un personnel non spécialisé. Enfin, elle a été l'oeuvre d'un organisme à vocation multiple et non d'une Association ou d'une Institution ayant pour seule orientation les problèmes des handicapés.

La C.C.A.S. est la plus importante organisation de vacances collectives enfantines de FRANCE; 45.000 enfants partent chaque année dans ses colonies. Elle travaille en étroite liaison avec les CEMEA (2) et, à ces titres, une expérience comme celle qu'elle a tentée peut avoir des répercussions sur les autres colonies d'entreprises ou de municipalités.

Les médecins de la C.C.A.S. ont une grande habitude des problèmes des vacances des inadaptés, puisqu'ils s'occupent de deux colonies spécialisées pour jeunes débiles, de trois colonies sanitaires et de plusieurs colonies protégées.

Ils ont voulu tenter d'intégrer ces enfants aux colonies ordinaires. Il fallait, dans le cadre de la thérapie suivie par ces handicapés, les insérer dans un milieu normal, dans une collectivité qui ne soit pas aliénante, sans abandonner pour cela la surveillance médicale. Il n'était pas pour autant question en un mois de transformer radicalement l'évolution de ces enfants.

Nous avons donc sélectionné un certain nombre d'inadaptés en éliminant ceux trop lourdement atteints : spina bifida, grabataires, arriérés profonds. Nous avons rejeté aussi certains types d'inadaptés, délinquants et sourds, pour qui nous l'avons vu précédemment, un personnel spécialisé paraît indispensable. Nous avons enfin refusé

(1) Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière
17, Place de l'Argonne - PARIS 19è

(2) Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active -
6, rue Anatole de la Forge - PARIS 17ème

les jeunes diabétiques car nous avons considéré que l'étape en colonie spécialisée est indispensable à ces enfants pour la connaissance de leur maladie, l'apprentissage de leur thérapeutique et donc leur prise en charge par eux-même. Pour ceux qui ont déjà passé cette étape, une collectivité normale ne pourra que difficilement leur assurer le régime, strict ou libre, que leur thérapeutique exige. Enfin, les risques d'accidents aigus (hypoglycémie ou coma diabétique) nous auraient obligés à choisir une colonie à proximité d'un centre hospitalier, ce qui s'avérait impossible cette année là. Nous avons sélectionné enfin les enfants de la région parisienne, afin de mieux suivre l'expérience. En outre, nous avons pris contact avec les médecins et les établissements traitant ces handicapés et, avec leur plein accord, nous avons proposé aux parents de prendre, dans le cadre de cette expérience, leur enfant.

Les thérapeutes habituels de chaque jeune inadapté nous ont fait parvenir le dossier de l'enfant et, après un entretien prolongé avec sa famille et lui-même, nous l'avons admis dans l'une des quatre colonies que nous avions choisies. Nous nous étions fixés quelques règles qui s'étaient dégagées des expériences que nous avons précédemment traitées :

1 - Ne prendre qu'un nombre restreint d'inadaptés, l'idéal se situant entre 5 et 8 % de l'effectif soit, pour une colonie de quatre vingts enfants, quatre à six handicapés.

Malheureusement, quelques-uns se sont décommandés tardivement et nous sommes toujours restés en-dessous de ces chiffres. .

2 - Intégrer totalement ces enfants, ne pas les réunir en groupe "d'éclopés", mais les disséminer dans les équipes.

3 - Débuter l'intégration chez les plus jeunes et éviter les adolescents dans un premier temps.

4 - Traiter ces enfants le plus normalement possible ; la plus grande liberté était par ailleurs laissée aux équipes sur ce plan.

Les trois équipes d'encadrement (l'une d'entre elles participait aux deux sessions) ont été choisies sur leurs qualités pédagogiques, leur grande tolérance et leur longue habitude des colonies. Elles représentaient le meilleur encadrement pour enfants normaux que l'on puisse trouver au sein de la CCAS.

Aucune n'avait jamais eu à s'occuper d'inadaptés, mais toutes étaient d'accord pour tenter cette expérience. L'assistant sanitaire qui leur était adjoint était chaque fois un étudiant en fin d'études, ayant déjà fait un stage en hôpital psychiatrique et en pédiatrie.

Les institutions ont été choisies, non pas en fonction d'aménagements facilitant la vie des handicapés, mais en fonction des possibilités d'activités qu'elles proposaient et de leur proximité de PARIS (pour nous permettre des visites fréquentes). Leurs aspects très opposés nous ont semblé favorables à l'expérimentation.

Chaque équipe avait, avant l'arrivée des "colons", reçu un dossier sur chaque inadapté, comprenant ses antécédents familiaux et personnels, son histoire clinique et un résumé de son comportement actuel. Nous avons évité, dans la mesure du possible, d'y joindre des conseils psychopédagogiques.

Ces petits handicapés ont donc été entièrement mêlés pendant leur séjour, à leurs camarades provinciaux "normaux". Ils n'ont été ségrégés que pendant le voyage, leur lieu de départ étant géographiquement trop éloigné pour permettre un regroupement dans ce premier temps des vacances.

Nous allons maintenant examiner chacune de ces quatre colonies.

A - LES EXPERIENCES

I - PORT NAVALO - 1ère SESSION EN JUILLET 1970

PORT-NAVALO est un petit village estival breton de bord de mer. Le parc de la colonie jouxte la plage ; celle-ci est de sable fin entourée de rochers, la pente dans l'eau est douce et donc peu dangereuse.

Alentour, quelques promenades sont possibles, mais les terres sont très cultivées ou loties en propriétés ; les activités de découverte sont donc tournées vers la mer.

Le Parc de la colonie n'est pas très vaste, mais il est bien ombragé et permet beaucoup de jeux et d'activités.

Les locaux se composent d'une villa à deux étages et d'un camp de toile pour les pré-adolescentes. Cette villa présente l'inconvénient de ne pas avoir de salle pour les activités d'intérieur les jours de mauvais temps.

Quatre vingts garçons et filles de cinq ans et demi à neuf ans y sont reçus ainsi que quarante pré-adolescentes de douze à quatorze ans. Il y a eu en première session un handicapé physique, Luc C... et deux psychotiques, Françoise V... et Isabelle D...

L'équipe d'encadrement était très peu dirigiste, très permissive, très tolérante à toutes les extériorisations des problèmes des enfants ; ainsi, elle considérait comme normale qu'en colonie un certain pourcentage de très jeunes enfants devienne énurétique. De même cette équipe s'est montrée très tolérante au handicap et, après avoir été un peu déroutée pendant 24 heures par l'une des petites inadaptées, a très vite réagi. Bien que cette colonie ait eu les enfants posant le plus de problèmes, puisque l'un d'eux était autistique et un autre psychotique, l'équipe a regretté de n'avoir eu que trois inadaptés et accepterait maintenant de se charger d'enfants lourdement handicapés.

Les inadaptés ont été traités comme les autres "colons". Comme pour tous, l'encadrement était très permissif et pratiquait un maternage important ; ils ont pu aller à leur guise dans la colonie, y avoir les activités qu'ils désiraient, sans pour cela être ni délaissés, ni jouir d'un traitement de faveur.

Les monitrices concernées avaient choisi d'avoir un handicapé dans leur équipe et ont pris leur tâche très à coeur.

Les enfants furent divisés en trois grands groupes : petites filles, petits garçons et pré-adolescentes, subdivisés pour la vie matérielle en équipe. Ainsi chacun avait le choix de son activité. On pratiquait le lever échelonné. La directrice aimant à donner à tous le sens de la "Fête" a organisé Kermesse, grande sortie, soirée au cirque et au feu d'artifice. Ainsi la colonie ne vivait pas repliée sur elle-même mais avait de fréquents contacts avec l'extérieur.

Les inadaptés ont participé à toutes les activités et n'ont jamais été ségrégés. Pour les pique-niques éloignés on a regroupé autour de l'infirmier moteur les enfants provisoirement handicapés par des petites blessures, des ampoules, etc... pour les transporter en voiture.

Le chariot de l'infirmier moteur a été abondamment utilisé comme objet ludique. Une bonne autonomie lui avait été donnée par la construction d'un plan incliné reliant le rez-de-chaussée surélevé à l'extérieur. Il a fallu le porter pour aller aux dortoirs situés dans les étages, mais, à son âge, cela n'a pas posé de graves problèmes, ni à lui, ni aux autres enfants.

Lors de nos visites, les inadaptés n'ont accepté de nous reconnaître qu'après que nous ayons polarisé l'intérêt des autres "colons"; ces visites n'ont semblé avoir aucune influence ni sur l'intégration des handicapés, ni sur les résultats de l'expérience.

Résultat sur les inadaptés :

Comme nous le verrons dans chaque résumé de dossier, ils sont positifs ; les handicapés se sont intégrés à la collectivité, les autres enfants ne les ont pas rejetés et les ont pris en charge, plus ou moins selon les besoins de chacun d'eux.

Ces inadaptés se sont si bien insérés qu'ils n'étaient pas repérables parmi les autres colons, à l'exception de l'infirmes moteur dont le déficit physique est évident.

On a pu noter selon les cas, un gain d'autonomie et un début d'acquisition du langage chez une fillette de 10ans, ce qui est un résultat très spectaculaire.

Résultats sur les autres enfants :

Leur éducation sociale a fait un grand pas en avant. Leur générosité s'est développée ; aucun, malgré la demande des monitrices, n'a accepté de se défendre des coups de griffes, du sable dans les yeux, des tiraillements de cheveux, que leur infligeait l'une des inadaptées ; de même aucun n'a protesté ou "rapporté" quand la nuit elle leur "engloutissait" leur colis. Le sens de la collectivité, du bien commun, de la solidarité, du respect d'autrui, même si l'autre est différent, se sont ainsi développés. Ils ont compris que l'handicapé doit être considéré avant tout comme un enfant à part entière, comme plus tard il devra être un homme à part entière. Ils ont su prendre en charge ceux qui en avaient besoin, sans que pour cela aucun ne manifeste l'expression d'une pitié ou d'un mépris.

Si, au début du séjour, ils ont posé des questions sur les problèmes de leurs camarades cela a toujours été sur le plan de l'information ; ainsi, ils ont voulu savoir pourquoi l'un d'eux ne pouvait pas marcher et pourquoi ses membres inférieurs trop courts étaient inégaux. Ils se sont posé le problème de savoir pourquoi l'une d'elle ne parlait pas et n'ont pu, faisant ainsi preuve d'une réelle intuition, déterminer si elle ne voulait ou ne pouvait pas parler.

Ils ont essayé de réprimer la grossièreté de l'une des inadaptée, y sont parvenus et cet effort leur a été profitable, leur langage est ainsi devenu, pour certains, plus correct.

Enfin, par leur exemple, ils ont permis aux pré-adolescentes d'intégrer une inadaptée en cours de séjour. Alors qu'elles se révoltaient contre la présence de cette handicapée, on leur a

rappelé que les petits, et elles-mêmes, avaient très bien accepté les trois inadaptés déjà arrivés et que la jeune fille de leur âge leur serait aussi proche que ceux-ci l'étaient des plus jeunes. Elles l'ont finalement très bien intégrée.

Résultat sur l'équipe

Pour beaucoup, c'était un premier contact avec des handicapés et il a été bon : les inadaptés ont été reconnus dans leur entité d'enfant. La plupart des membres de l'équipe d'encadrement étaient des enseignants ; cette expérience les a enrichis et leur permettra de mieux comprendre les élèves dont ils ont la charge.

Tous ont gagné une attitude non ségrégative à l'égard des handicapés et ont compris l'intérêt de les insérer dans la société et non de les parquer loin de la vue de la population normale.

Sur le public

Cette expérience a eu peu de résultat semble-t-il. Seul l'infirmier moteur est apparu comme handicapé. Peu à peu les regards sont passés, à la plage, de la pitié à l'indifférence.

II - DEUXIEME SESSION à PORT NAVALO EN AOUT 1970

Les locaux étaient semblables à ceux de la première session, le nombre d'enfants normaux aussi. L'équipe d'encadrement de cette deuxième session était très différente de celle de la première session, beaucoup plus rigoriste, dirigiste et peu permissive. Les enfants furent répartis en grands groupes subdivisés pour la vie matérielle en équipes, ces grands groupes étaient au nombre de 4, les tout petits de cinq ans et demi à sept ans en groupe mixte, les fillettes de sept à neuf ans, les garçonnetts de sept à neuf ans et les pré-adolescentes de douze à quatorze ans. A l'exception de ces dernières, les enfants n'ont pas eu le choix de leur activité, tout le groupe ayant généralement la même.

Le lever échelonné n'a pas été pratiqué et le cadre de vie des enfants a été un peu rigoureux (on exigeait d'eux le silence et la mise en rang pour descendre à la salle à manger, la sieste était obligatoire et n'était pas qu'une période calme).

La directrice, instructrice au F.C.V.F. (I) avait une orientation différente de la directrice de la première session ; elle se préoccupait plus du bien-être matériel des enfants que d'hygiène mentale ; elle ne laissait que peu d'autonomie à ses monitrices, qui se sont vu imposer dans leur équipe un handicapé, inséré en fonction de son âge légal.

Son adjointe était une institutrice de classe de perfectionnement, ayant l'habitude des débiles mentaux légers et même moyens. Elle avait les mêmes options que la directrice. Cette équipe de direction, bien qu'étant de grande valeur, ne s'est pas révélée très tolérante à l'égard des enfants, qu'ils soient handicapés ou non. De plus, elle a choisi d'organiser elle-même le cadre de vie et les activités, sans en laisser l'initiative aux enfants.

Les handicapés étaient au nombre de trois : Stéphane R... psychotique, Evelynne D... débile mentale, de même que Françoise S... A ces enfants, dont les problèmes étaient connus avant le départ, on peut rajouter Nicole M... et Fabienne V... dont le handicap était d'ordre médical : asthme allergique et comitialité.

Les jeunes inadaptés ont peu perturbé la collectivité et se sont inégalement intégrés.

Certains ont participé à toutes les activités, d'autres à quelques-unes seulement. Les jeux ont été peu suivis, par les pré-adolescentes en particulier, mais dans leur groupe les activités ludiques ne jouissaient pas d'une grande faveur ; l'un des jeunes enfants psychotique s'y est toujours refusé ; une autre inadaptée a participé avec joie à toutes les activités ludiques simples, mais sa monitrice n'a pas su trouver beaucoup de jeux sensori-moteur ou de règles dont la compréhension n'était pas indispensable à la participation, aussi a-t-elle été un peu isolée.

Les promenades, les baignades et les veillées ont été bien suivies à une exception près.

La prise de médicament n'a posé aucun problème et n'a semblé être ni sécurisante, ni valorisante, ni dévalorisante, sauf pour l'une des pré-adolescentes dont la connaissance de sa maladie et sa propre prise en charge a semblé être valorisante.

L'un des inadaptés s'est désintéressé de son courrier, les autres au contraire attendaient leurs lettres avec impatience : la plus âgée des handicapées a consacré une grande partie de son temps à la lecture et à la rédaction de son courrier, elle recevait et écrivait plusieurs lettres par jour. Chez les petits le problème de la rédaction du courrier n'a pas été un facteur ségrégatif, puisque de nombreux enfants n'étaient pas encore scolarisés.

L'équipe était assez intolérante aux problèmes de l'énurésie et a expliqué l'énurésie survenue chez un enfant normal dans l'équipe d'un des inadaptés, par la présence de celui-ci et la part importante d'attention que lui consacrait sa monitrice. Il faut encore noter qu'une des handicapées est redevenue énurétique diurne et non nocturne et ce plus ou moins consciemment. Nos visites n'ont semblé avoir aucun impact ni sur les enfants ni sur l'intégration des handicapés.

Résultats sur les inadaptés :

Ils se sont plus ou moins intégrés et n'ont jamais été rejetés par les autres. L'un d'eux a été moins bien pris en charge, sans doute à cause de son refus de contact et quelques enfants l'ont un peu taquiné méchamment, mais sans aucun sentiment de supériorité ou de mépris. Sa monitrice a su mettre un terme à cette attitude de quelques-uns. Il n'a jamais perturbé la collectivité par sa présence. Les autres se sont tous très bien intégrés.

Une monitrice s'est plainte de la charge supplémentaire qui lui était imposée et a jugé que la place de l'inadaptée, dont elle avait la responsabilité, était dans une colonie spécialisée, à cause du surcroît de travail qu'elle représentait ; or, cette enfant était l'une des moins atteintes que nous ayons eu cette année et seule cette monitrice nous a fait cette remarque, ce qui montre bien que l'obstacle à l'intégration se trouve moins dans le degré du handicap que dans l'absence de disponibilité et de mobilité intellectuelle et dans la persistance des préjugés. Il est donc indispensable que chacune des personnes s'occupant de ces handicapés se soit portée volontaire.

L'évolution positive qui s'était manifestée antérieurement à la colonie s'est prolongée ou accentuée, à l'issue du séjour, chez plusieurs des inadaptés.

Résultats sur les autres enfants :

Tous ont bien accepté la présence des handicapés, même les pré-adolescentes. Toutefois dans ce groupe l'asthmatique et la comitiale ne sont pas apparues comme telles, pas plus que la débile mentale dont le niveau était suffisant pour lui permettre de participer aux activités et d'avoir son autonomie pour son courrier.

Résultats sur l'équipe d'encadrement :

Toute la vie de l'équipe a été perturbée par son opposition à la direction et cet antagonisme a polarisé les réflexions, au détriment du problème des handicapés ; il n'y a pas eu de travail en commun effectué. Certaines monitrices ont subi l'inadapté qui leur était imposé ; une autre ayant déjà eu en première session un infirme moteur s'était formée et avait mûri. Alors qu'au premier séjour elle aurait refusé un handicapé mental, au deuxième séjour elle a toléré celui qui lui avait été confié et a parfaitement rempli sa tâche ; l'étape préalable de la prise en charge d'un infirme moteur

et le cotoiement des autres types de déficit lui avait permis cette évolution.

III - COLONIE DE CHEVIRE LE ROUGE

CHEVIRE-LE-ROUGE est un petit village de TOURAINE, à une trentaine de kilomètres d'ANGERS. La colonie est à 1 kilomètre du village dans un immense et splendide parc, ombragé d'arbres centenaires ; dans le fond on y trouve un étang poissonneux permettant des parties de barques et de pêches. Toutes les activités sont possibles (à l'exception de la baignade) et pour les promenades on peut, soit partir à la découverte du parc, soit rayonner dans la campagne environnante.

Le château, où sont logés enfants et adultes est très beau, mais présente des inconvénients pour les jeunes handicapés : des escaliers monumentaux relient les étages entre eux, le rez-de-chaussée est surélevé d'une dizaine de marches.

Une centaine d'enfants, garçons et filles de dix à douze ans, y sont reçus.

L'équipe de direction a été la même lors des deux sessions. Le directeur est un agent EDF qui consacre tous ses loisirs aux enfants, tant pendant l'année en dirigeant un centre aéré, que pendant les vacances en encadrant des colonies. Une partie de son équipe se retrouve habituellement dans ces activités.

C'est une équipe où chacun a une grande autonomie et une grande liberté et peut prendre toutes les initiatives qu'il désire. Tous sont soucieux de pédagogie par les loisirs en collectivités, très peu dirigistes, mais peu permissifs (1) et ils pratiquent peu le maternage.

Les enfants ne sont pas séparés en grand groupe ou en équipe, mais tous réunis pour les activités, filles et garçons mélangés, chacun peut non seulement choisir ce qui lui plait, mais aussi proposer et créer ce qu'il veut ; ainsi simultanément fonctionnent matin et après-midi des ateliers, des promenades, des jeux, des parties de pêche et de barques, certains organisés par les moniteurs, d'autres par les "colons" eux-mêmes. Dans ce cas, les adultes n'y participent qu'après invitation des enfants. Si ces derniers le désirent, ils peuvent aussi bien lire ou écrire, ou même ne rien faire ; leur liberté d'action est donc totale. En règle générale, l'équipe refuse d'orienter l'enfant vers une activité et préfère qu'il la suscite lui-même.

De même, les "colons" à table n'ont pas de place fixe et se groupent selon leur gré et leur humeur du moment. On a pratiqué le lever échelonné et la sieste libre.

Les moniteurs s'occupent en commun de tous les enfants et en ont collectivement la responsabilité.

(1) Voir définition, page 13

La participation des enfants à l'organisation de leurs vacances est accentuée par des réunions hebdomadaires de toute la colonie, où l'on tient le plus grand compte de l'avis des jeunes "colons", ceux qui le désirent peuvent avec l'aide de l'économe établir les menus, elle leur apprend ainsi des notions de diététique et d'économie familiale.

Toute l'équipe participe à la vie de la collectivité enfantine, même le personnel de service puisque, à tour de rôle, les enfants qui le désirent passent une journée avec eux, à préparer les repas, servir, desservir, repasser etc...

L'équipe est très consciente de l'intérêt qu'il y a à traiter ces enfants comme des êtres responsables et jamais en atelier on ne leur propose d'activité inutile, ou de "bébé", mais des réalisations de type d'adulte à leur mesure. Le matériel dont ils se servent est authentique et en bon état.

C'est dans cet esprit de responsabilité, de prise en charge de l'enfant par lui-même que, pas plus qu'un régime permissif, le maternage n'est pratiqué ; chacun connaissant ce qui est interdit, dangereux ou gênant pour la collectivité, doit s'enabstenir.

Nos visites à CHEVIRE, tant en première qu'en deuxième sessions, n'ont eu d'impact ni sur l'intégration des inadaptés, ni sur aucun des enfants, à l'exception d'une fillette débile mentale qui, en deuxième session, manifestait beaucoup de joie à ma vue.

I - PREMIERE SESSION EN JUILLET 1970

En juillet, une seule handicapée était présente. Murielle R... souffre d'un déficit moteur important, mais c'est une enfant sociale et gaie. A son arrivée elle s'est tout de suite inquiétée de savoir si elle serait pleinement intégrée et si elle coucherait dans une chambre avec ses futures camarades. La première semaine Murielle a surtout observé ce qui se passait autour d'elle, puis elle s'est pleinement intégrée et a participé à toutes les activités, soit physiquement, soit lorsqu'elles étaient trop mobiles en spectateur. Les autres enfants l'ont spontanément accueillie et s'en sont fait une amie ; jamais elle n'a été ou rejetée ou délaissée, mais elle a toujours au contraire été l'un des pôles attractifs de la colonie ; chacun se disputait l'honneur de pousser son fauteuil, elle a été une camarade de jeux très recherchée. Pour faciliter son autonomie on a construit un plan incliné sur les marches du perron, pour l'escalier conduisant au dortoir il a fallu l'aider à le grimper, mais cela n'a pas posé de très gros problèmes.

Elle a même participé à l'organisation de la colonie en faisant entendre sa voix lors des réunions hebdomadaires.

Elle s'est donc pleinement intégrée, sans la perturber, à une colonie laissant la plus grande autonomie à l'enfant.

A son retour, ses parents et ses éducateurs ont pu constater qu'elle avait pris ses distances par rapport à son handicap, que sa personnalité s'était affirmée, qu'un gain appréciable d'autonomie avait été acquis.

Résultats sur les autres enfants

Tous sans distinction d'âge ou de sexe, l'ont aidée à s'intégrer. Les garçons se sont montrés avec elle moins brutaux et plus attentionnés, mais tout aussi taquins qu'à l'égard des autres fillettes. Sa présence n'a été une gêne, ni sur le plan de l'initiative laissée aux enfants, ni sur celui de leur participation, ni enfin sur leur apprentissage de la mixité.

Ils y ont appris la bienveillance et le respect d'autrui, ils ont d'ailleurs spontanément fait chaque matin le lit de Murielle.

Résultat sur l'équipe

C'était le premier contact de cette équipe avec un handicapé ; il a été presque trop bon, l'équipe en ayant conclu que l'inadapté ne posait pas plus de problèmes que n'importe quel autre enfant. Une jeune monitrice inexpérimentée et ayant de gros problèmes de contacts avec les enfants a pu, après s'être consacrée à Murielle, s'occuper dans un second temps de tous les colons.

Résultat sur le public

Les habitants du village voudraient voir créer à CHEVIRE une maison pour inadaptés : ils ont donc tout à fait apprécié cette expérience, qu'ils ont suivi avec intérêt et si, tout d'abord, ils ont été surpris de voir mêler des handicapés avec d'autres enfants, ils ont compris l'intérêt de les insérer dans la société. Cela serait profitable à tous si une maison pour inadaptés se créait à CHEVIRE, car les habitants auraient à coeur maintenant d'intégrer ces pensionnaires à la vie du village.

II - 2ème SESSION : AOUT 1970

En Août cinq handicapés étaient attendus à CHEVIRE, dont un souffrant d'un déficit moteur et quatre de troubles du comportement associés ou non à une débilité mentale.

Seuls trois d'entre eux sont arrivés à CHEVIRE, les deux autres se sont désistés au dernier moment, sans que, malgré nos efforts, nous ne soyons parvenus à connaître les motifs réels de cette défection, les parents n'ayant pas ultérieurement donné suite à notre courrier ; les motifs invoqués étaient d'ordre familial : un mariage et un voyage.

Les trois inadaptés présents, étaient :

- Brigitte B... atteinte de maladie de Rechlinghausen, avec débilité mentale, motrice et sensorielle.
- Jacques L... débile mental, présentant quelques troubles du comportement et atteint d'une tétralogie de Fallot.

- Denis M... psychotique.

Dès leur arrivée l'un d'eux se fait remarquer en poursuivant toutes les fillettes pour, dit-il, voir "leur joli pantalon rose" ; après un moment de stupeur générale tout le monde, enfants et adultes, en fait une plaisanterie.

L'intégration a été rapide mais inégale, ainsi l'un des inadaptés n'a été que toléré, l'autre bien accepté et la troisième est devenue très populaire.

La distribution du courrier a été très inégalement ressentie ; certains handicapés s'en faisaient une fête, se le faisaient lire par tout le monde et tous, enfants ou adultes, s'y prêtaient de bonne grâce, sans pour cela éprouver à leur égard un sentiment de mépris ou de supériorité.

La prise de médicament n'a pas été ségrégative, d'autres enfants étant astreints à cette discipline, mais n'a été jugée ni valorisante, ni dévalorisante, ni sécurisante.

Les inadaptés ont participé à toutes les activités ; ce sont les ateliers qui ont eu le moins leur faveur. Leur totale liberté d'action et la participation effective qu'on leur demandait, en les obligeant, comme les autres, à choisir sans jamais les orienter, leur a fait acquérir un gain très appréciable d'autonomie ; mais cette très grande liberté a laissé souvent désœuvré ces inadaptés, qui n'avaient jamais auparavant appris à se déterminer et à choisir.

Ce mode de vie sans cadre strict, sans groupe à la mesure de l'enfant, les a gênés dans leur tentative d'insertion. Il fallait qu'ils s'intègrent à une grande collectivité et non plus à une équipe, où chacun dès les premiers jours se connaît et où les "colons" normaux se sentent plus solidaires, plus responsables les uns des autres et donc où ils prennent plus facilement en charge celui qui en a besoin. En effet, on n'a pas constaté ici de prise en charge par les enfants de leurs camarades plus déficitaires. Une handicapée s'est fait prendre en charge en partie par les adultes et en partie par elle-même, ce qui lui a été bénéfique.

Quand les deux autres se mettaient en situation interdite ou dangereuse, jamais les enfants ne sont intervenus directement, mais ont toujours fait appel à l'encadrement. Il faut, dans cette non-prise en charge par les "colons" normaux, non seulement incriminer les méthodes éducatives employées dans cette colonie et le groupement des enfants, mais aussi leur âge ; ils s'éloignent de leur petite enfance et de leur compréhension naturelle et bienveillante de l'inadapté. On n'a pas noté de meilleure prise en charge de la part des filles ou des garçons.

Le sexe ne semble pas être un facteur d'intégration, car filles ou garçons, à une exception près, se sont aussi bien insérés.

Le fait que cette colonie soit peu maternelle et peu permissive, bien que non directive (1), a pu gêner ces jeunes handicapés dans leur recherche de contact ; en fait, par rapport à leur état, les contacts qu'ils ont pu avoir avec autrui ont été positifs. Il faut quand même souligner que cela les a parfois conduits à se trouver en situation d'échec.

(1) Les adultes exigent le respect d'autrui et des règles de sécurité et les enfants en s'autodéterminant se donnent des règles de discipline que chacun doit respecter.

Si donc un tel type de colonie peut gêner certains inadaptés, une structure se voulant aussi proche de la réalité matérielle, active et sociale, peut aussi les aider à normaliser leur comportement. Enfin, tous les moniteurs n'ont pas participé à cette expérience ; seuls ceux qui le désiraient se sont plus spécialement occupés des handicapés et ont particulièrement exercé une surveillance discrète de l'un d'eux, dont on a craint qu'il ne fut dangereux pour lui ou pour les autres (après qu'il eut poussé une petite fille dans l'étang). Cette surveillance a d'ailleurs été en contradiction avec les principes de la direction, qui voulaient traiter ces jeunes inadaptés exactement comme les autres enfants.

Résultat sur les handicapés

Ce qui a été le plus positif dans leur évolution, et cela est particulier à cette colonie, est un gain important d'autonomie. Comme nous l'avons vu, ils se sont inégalement intégrés et dans l'étude des résumés de dossier nous analyserons les points les plus particuliers à chaque enfant : normalisation des troubles du comportement et évolution du langage.

Résultat sur les autres enfants

Rien de particulier n'a été signalé ; la colonie s'est pour eux normalement déroulée et rien n'a été perturbé par la présence des handicapés.

Résultat sur l'équipe

Les membres du groupe d'encadrement, qui se sont attachés aux problèmes des inadaptés, étaient déjà préparés par leur précédent séjour et ont été un peu surpris devant des handicapés mentaux, qu'ils ont voulu traiter comme "leur infirme moteur" ; ils ont beaucoup réfléchi et sont plusieurs fois revenus sur des orientations pédagogiques qu'ils avaient prises.

Tous dans ce groupe se sont passionnés et désirent renouveler cette expérience ; certains voudraient la poursuivre au niveau des centres aérés, le directeur aimerait recevoir une formation plus poussée. La structure de la colonie a permis à ceux qui le désiraient de faire cette expérience, sans l'imposer aux autres et donc on a évité ainsi le rejet d'enfants inadaptés par des moniteurs.

B - NOUS ALLONS MAINTENANT ETUDIER LES RESUMES DES DOSSIERS DES ENFANTS HANDICAPES QUI ONT PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE

PREMIER RESUME DE DOSSIER :

Luc C... âgé de six ans, a passé le mois de juillet à PORT-NAVALO (1).

Antécédents familiaux :

Son père est chef d'équipe de l'EDF.

Sa mère est secrétaire.

Il a un frère de onze ans. Tous sont en bonne santé.

Antécédents personnels :

Luc C... présente une malformation congénitale complexe, avec agénésie complète du fémur gauche et luxation pathologique du fémur droit, découverte à la naissance, sans qu'aucune cause ait pu être retrouvée.

Signes cliniques :

Luc C... est suivi dans le service du Docteur BARCAT, à l'Hôpital SAINT-LOUIS ; il a déjà subi une grave opération et poursuit une rééducation à domicile.

La marche ne lui est possible qu'appareillé et en donnant la main. Ses membres supérieurs sont très développés et il peut courir rapidement à quatre pattes.

Contexte psycho-sociologique :

Luc C... est un enfant intelligent, très sociable, qui ne souffre pas de troubles du comportement. C'est son premier séjour en colonie normale et ses premières vacances loin du milieu familial ; de nombreux séjours en milieu hospitalier l'ont pourtant déjà séparé de ses parents. Il n'est pas scolarisé, mais reçoit des cours à domicile.

Evolution à la colonie :

Dès son arrivée, la directrice loue un fauteuil roulant, afin de ne pas priver Luc C... des grandes promenades. Très vite, il s'adapte à la collectivité, participe à toutes les activités, même celles très mobiles, tel que les jeux de ballon, en courant à quatre pattes. Il n'est jamais ségrégué, même pour les longs pique-niques, puisque autour de lui on rassemble pour les transporter en voiture les "colons" provisoirement "handicapés" par des coupures ou des ampoules. Il lit beaucoup plus que les autres enfants, choisi lui-même ses activités d'ateliers, ce qui démontre une grande maturité pour son âge.

Son handicap ne semble pas encore lui poser beaucoup de problèmes, contrairement à son appareillage qu'il a d'ailleurs demandé à ne pas porter à la plage. Son fauteuil est par contre un objet ludique tant pour lui que pour les autres "colons" et comme possesseur il

(1) cf page 99

en est valorisé.

Il possède un petit bateau et ce jouet semble avoir eu pour lui un rôle sécurisant au début de la colonie ; à cette période, en effet, il le réclamait sans cesse et parlait beaucoup de sa famille.

Avec les autres enfants, Luc, bien que très sociable, s'est montré autoritaire et a un peu joué de son handicap.

Au total :

Luc C ... s'est parfaitement adapté, il a gagné en autonomie, entre autres, en apprenant à s'appareiller et à s'habiller tout seul.

Il est devenu sociable et, depuis son retour, joue beaucoup mieux avec les autres enfants. Il a acquis beaucoup d'assurance : le dernier soir il a été un des seuls "colons" de cet âge à participer à un concours de chant.

Enfin, ce séjour a permis à ses parents de lui annoncer sans drame un départ à ROSCOFF, en vue d'une nouvelle opération. Luc associant ROSCOFF et PORT-NAVALO géographiquement.

Malheureusement à son retour de colonie, il était toujours aussi tyrannique, les enfants et les moniteurs ayant remplacé la famille pour la satisfaction de ses exigences.

DEUXIEME RESUME DE DOSSIER : Isabelle D...

Isabelle, âgée de 7 ans, est l'une des trois handicapées partie à PORT-NAVALO en première session (I).

Antécédents familiaux :

Sa mère était traitée pour tuberculose pendant la grossesse.
Elle a un frère et un soeur en bonne santé.

Antécédents personnels :

Isabelle est née cyanosée ; elle a dû être réanimée.

On lui découvre à la naissance une luxation congénitale de la hanche.

Au 4ème jour, elle a fait un ictère intense mais n'ayant pas nécessité d'exo-sanguino-transfusion.

Au quinzième jour, elle a fait une réaction méningée, ensuite elle a présenté des vomissements importants rattachés à une hernie hiatale. Elle commence à marcher à quinze mois et dit ses premiers mots à dix-huit mois, mais présente pendant plusieurs années un gros retard de langage.

Jusqu'à trois ans et demi, elle est énurétique et se cogne rythmiquement la tête contre son lit avant de s'endormir.

Examen clinique en 1967 à l'âge de quatre ans et demi:

Isabelle est agitée, coléreuse, peureuse, joue peu en famille ; elle déforme les mots.

A cette époque, elle ne se cogne plus la tête contre son lit mais lors de l'entretien avec le psychiatre - (service du Dr MICHOT à la SALPETRIERE)- elle se cogne le dos contre les murs en cadence ; malgré cela le contact est bon. On relève une grande agitation chez cette enfant très ludique.

Les tests donnent des résultats dispersés ; l'intelligence normale est sous-estimée par l'instabilité et l'attention labile. Le quotient intellectuel est de 90 au Binet-Simon, de 120 au test du Bonhomme et, alors qu'elle n'est âgée que de quatre ans sept mois, le Borel Maisony lui donne cinq ans et demi.

On suspecte alors, devant son rire inopportun et la stéréotypie de son comportement, une psychose. De plus, elle est prise en rééducation orthophonique pour ses troubles de langage.

Evolution en 1968 :

L'électro-encéphalogramme montre un foyer temporo-rolandique gauche discret, non majoré par l'hypoxie.

Isabelle est source de conflits conjugaux. Un petit frère est né, avec qui elle se montre mi-protectrice, mi-agressive ; elle débute une onychophagie.

Isabelle se roule par terre sans raison, a des rires immotivés et

peut-être de vraies absences ; elle reprend un langage enfantin avec onomatopée. Ses jeux et ses dessins montrent une petite tendance obsessionnelle. Elle est agressive avec sa mère et avec la poupée, comme elle l'est avec son petit frère.

Elle est scolarisée en cours préparatoire en Septembre 1969 et ne joue pas à la récréation.

En 1970: l'échec scolaire se confirme, la jalousie du frère s'affirme. A l'occasion d'une varicelle, Isabelle présente des bizarreries de comportement avec balancement sur le lit et de nouveau elle se cogne la tête contre les murs. On conclut à une psychose probable. L'électro-encéphalogramme montre une majoration des signes précédemment trouvés.

Bilan avant la colonie - Activités possibles :

Isabelle, bien que n'ayant pu faire d'acquisition scolaire, s'est intégrée à sa classe ; elle a déjà été séparée de ses parents. Elle s'entend bien avec les enfants plus âgés qu'elle ; elle aime les jeux de groupe et ne sait pas jouer seule, elle ne se fixe à aucune activité ; devant la réussite elle montre une joie excessive. Son aspect est celui d'une fillette chétive agitée de mouvements incessants et incontrôlés.

Traitement :

Neuleptil - 3 gouttes 3 fois par jour.

Valium - 1 comprimé 2 fois par jour.

Dépakine - 1 comprimé le soir.

A la colonie :

Au début de la colonie, Isabelle s'intègre bien, elle participe à toutes les activités mais refuse de garder les fruits du travail qu'elle s'était choisi en atelier. Elle se fait remarquer par sa grossièreté. Elle est bien prise en charge par l'ensemble des autres enfants, mais par aucun en particulier.

Peu à peu, Isabelle garde les fruits de son travail ; elle est reconnue par les autres enfants comme un "poison" et jamais comme une handicapée. Ce caractère "poison" fait qu'elle est finalement un peu rejetée, ce qui l'incite à rechercher le contact avec sa monitrice ; c'est la seule enfant à ne pas avoir accepté Françoise V..., l'autre petite psychotique de la colonie.

A la fin du séjour, elle se vantait d'avoir un amoureux et en semblait très fière, bien que celui-ci ne lui ait pas prêté la moindre attention durant toute la session. Sa grande passion a été les histoires, qu'elle écoutait avec ravissement ; elle a semblé gênée de ne pas savoir écrire par rapport à ses camarades.

A la fin de la colonie, Isabelle avait pris 1 kg et semblait moins malade. Ses gestes inadaptés et saccadés s'étaient normalisés et sa grossièreté avait disparu.

Au retour : Isabelle s'est attachée à une petite fille de son immeuble à qui elle fait un chantage affectif permanent.

Elle est plus calme, son dessin est mieux structuré mais on note un refus de toute acquisition scolaire, une stéréotypie gestuelle et verbale, une attention extrêmement labile. On pose alors le diagnostic de dysharmonie évolutive et l'on envisage une hospitalisation de jour.

Au total :

Isabelle s'est bien intégrée à une collectivité enfantine normale mais la colonie n'a pas permis d'évolution favorable. Toutefois, on peut peut-être espérer que la séparation familiale dans un contexte de normalisation a pu en partie apaiser les conflits conjugaux dont Isabelle était la source.

TROISIEME RESUME DE DOSSIER - Françoise V...

Françoise V..., âgée de dix ans, est l'une des trois enfants handicapés partis en juillet à PORT-NAVALO (1).

Ses troubles du comportement ayant perturbé la collectivité, lors de deux précédents séjours, elle s'était vu refuser son admission en colonie spécialisée.

I - ANTECEDENTS FAMILIAUX

Le père est ingénieur à l'EDF.

La mère ne travaille pas.

Bien que la grossesse n'ait pas été désirée, il n'y a pas eu de tentative d'avortement. Au point de vue psychiatrique, c'est une femme extrêmement fragile et dépressive, extrêmement rejetante envers sa fille depuis toujours.

Le père a une position ambiguë ; en dehors de la présence de sa femme, il se permet d'être surprotecteur avec Françoise, mais toute attitude de sa part favorable à cette enfant remet en question non seulement l'équilibre précaire de sa femme, mais aussi l'existence de son ménage.

Françoise est la deuxième enfant d'une fratrie de trois. L'aîné et la benjamine ont longtemps copié l'attitude de leur mère à l'égard de leur soeur ; actuellement, ils semblent la désapprouver.

II - ANTECEDENTS PERSONNELS

L'accouchement a été normal . L'enfant a crié immédiatement et n'était pas cyanosée, elle a eu son premier sourire vers un mois et a marché à quinze mois.

A trois mois, Françoise a été placée en pouponnière, puis chez sa grand-mère, puis en placement familial, enfin en internat médico-pédagogique.

A son entrée à l'EMP, Henri WALLON (cité plus haut) en 1967. On notait un âge mental de deux ans et demi pour un âge réel de sept ans, il était impossible de faire la part d'un retard pour arriération ou pour réaction caractérielle. On notait aussi des taquineries, une instabilité pathologique à type d'opposition. Elle n'utilisait pas les objets et vivait dans un monde autistique, avec quelque stéréotypie gestuelle. La relation avec autrui ne s'établissait que dans un contexte de refus et de peur.

(1) cf P. 99

Au point de vue moteur, elle présentait un retard, avec une démarche raide et des paratonies.

L'électro-encéphalogramme montrait un tracé peu organisé, avec des signes évocateurs de comitialité à expression généralisée.

III - EVOLUTION à l'EXTERNAT -

En 1968, un examen à Henri ROUSSEL permettait d'espérer l'apparition du langage dans un délai de quelques mois ; cette heureuse évolution ne s'est pas produite, ce qui a encore plus traumatisé les parents. Peu à peu à l'externat, elle s'est intéressée aux objets, a joué avec les autres enfants, qu'elle traite comme des bébés, avec une prédilection pour les plus déficitaires. Il y a avec l'adulte ambivalence des contacts faite de quêtes quasi-fusionnelles, avec embrassade, nécessité de se réjouir avec elle de chacun de ses gestes, et alternativement refus de contact, fuite, geste agressif. Elle semble posséder un langage intérieur, dans la mesure où elle comprend aisément des ordres simples. Elle semble avoir des notions plus élaborées en ce qui concerne sa situation entre le père et la mère. Les quelques mots qu'elle possédait semblaient être utilisés de manière désadaptée et il semble qu'ils lui servaient davantage à désigner l'objet, par exemple l'arrivée du car lui faisait dire "maman".

Parallèlement à cette évolution psychologique, on note une certaine évolution organique, qui n'est pas sans poser de problème ; en l'absence de crise épileptique et malgré les altérations du tracé, elle n'a pas été mise au gardénal, mais aux neuroleptiques (Halopéridol et Melleril) qui ont été bien supportés sur le plan du comportement. Après deux mois de traitement, elle a fait une crise épileptiforme et a été mise au gardénal.

Au total, sa pathologie s'inscrit dans la relation à son père et à sa mère, chaque pas en avant modifie un équilibre familial que sa présence met sans-cesse en question.

IV - BILAN AVANT LA COLONIE

Acquisition : elle se plie difficilement à un travail donné.

Elle verbalise peu ; lorsqu'elle essaye de parler, le nombre de syllabes est correct mais est mal articulé ; elle semble d'ailleurs vouloir se priver de parler et cache sa bouche avec sa main.

Si elle est sollicitée constamment par l'adulte, en atelier, elle peut réaliser des découpages, des cloutages. Dans les exercices de groupe, elle participe parfois et peut suivre un rythme donné, mais jamais longtemps et elle s'arrête dès qu'elle voit qu'elle est prise au jeu.

Au point de vue psycho-motricité, elle a une non-perception de son corps.

Relation avec les autres enfants :

Elle papillonne dans le groupe, elle n'a de relations qu'exclusivement avec les enfants qu'elle traîne comme un boulet.

V - EVOLUTION EN COLONIE -

Malgré une arrivée mouvementée, (Françoise se roulant par terre au départ de son père), elle s'est très vite intégrée à la collectivité, le premier jour, la présence constante d'un adulte à ses côtés s'est avérée nécessaire, mais dès le second jour elle s'est immiscée dans la vie de son équipe et a été très bien prise en charge par les enfants en général et une petite fille de huit ans et demi en particulier, qui avait décidé de lui apprendre à parler et est parvenue, à la fin de la colonie, à lui faire acquérir un vocabulaire d'une quinzaine de mots, qu'elle utilisait de manière adaptée et sans mettre sa main devant sa bouche. Je l'ai ainsi entendu demander du pain en disant "pain", des bonbons en disant "bonbons", dire bonjour en écorchant le mot "bjour" et quelques autres mots d'usage courant. Les adultes ont d'ailleurs vu et remarqué qu'elle parlait plus avec les enfants qu'avec eux. Elle aurait même prononcé, d'après la petite fille qui l'avait prise en charge et que spontanément elle appelait maman, quelques phrases : "toi pleure pas", "il pleut" etc... mais cela n'a pu être ni confirmé ni infirmé par les adultes.

Au point de vue comportement, elle a toujours eu une attitude très ambivalente, avec embrassement incessant et simultanément geste agressif, tant avec les enfants qu'avec les adultes.

Les enfants ne l'ont jamais rejetée, à l'exception de la jeune psychotique Isabelle D..., ils l'ont communément prise en charge, épargnant ainsi à sa monitrice un lourd travail. Quand Françoise faisait une bêtise, il y avait toujours un enfant pour l'en empêcher sans que jamais aucun ne fasse appel à un adulte. Ils se sont laissé martyriser par Françoise, dont ils recherchaient la compagnie, sans vouloir se défendre, malgré les injonctions de l'encadrement. Françoise a participé à tous les jeux simples (ronde dans l'eau, chandelle, etc...) et aussi à quelques jeux plus complexes, tel que les écureuils, où elle a été très heureuse d'avoir compris les règles.

Elle a fait de la peinture avec les doigts ; ses harmonies de couleur étaient tout à fait remarquables, bien supérieures à celles des autres enfants, alors qu'habituellement elle faisait des gribouillis informes sans harmonie.

Elle aidait aux activités ménagères : faire son lit, débarrasser le couvert etc...

Au début du séjour, Françoise était tout à fait inattentive aux veillées ; à la fin, si elle n'écoutait pas les histoires, elle suivait les chants et participait lorsqu'ils étaient mimés.

Elle a recherché indifféremment le contact avec l'adulte ou les enfants, contrairement à son habitude à l'externat où elle ne voulait donner la main qu'à un adulte. En règle générale, elle n'a pas voulu attirer l'attention et a, lors de ma première visite, attendu que je polarise l'intérêt des autres enfants avant de se permettre de me reconnaître.

L'énurésie de Françoise a persisté. Un épisode unique d'encoprésie a fait craindre une régression ; il semble qu'il s'agissait d'un phénomène diarrhéique général dans la colonie (dû à un abus de jus de pomme). Elle a développé au cours du séjour une véritable boulimie qu'il a fallu freiner.

Toute l'équipe d'encadrement s'est attachée à elle et, devant les progrès qu'elle a réalisés à la colonie, a été très déçue de l'attitude du père lorsqu'il est revenu chercher sa fille, très froid, tant avec l'équipe qu'avec Françoise et niant tout progrès, avant même d'avoir pu éventuellement les constater.

La directrice avait, dès l'arrivée de Françoise, compris le rejet dont elle souffre chez elle devant la minceur de son trousseau, semblable à celui d'un cas social.

VI - DEUXIEME SEJOUR EN COLONIE NORMALE LE MOIS SUIVANT -

Françoise a fait un deuxième séjour en colonie normale avec son externat, l'équipe d'encadrement était beaucoup plus directive et beaucoup moins permissive que celle de PORT-NAVALO. Elle s'y est bien intégrée et a participé aux activités.

Elle y a été au début bien prise en charge par les enfants et la monitrice et a cessé d'être énurétique ; lorsque, vers la fin du séjour, elle s'est fait rejeter son énurésie a repris.

La monitrice ayant pris une attitude de rejet envers Françoise, tout le groupe d'enfants avait pris la défense de celle-ci et s'était révolté contre la monitrice. Enfin, Françoise a montré un mutisme à peu près complet, contrairement à son premier séjour.

VII - EVOLUTION -

Au retour

Sa mère a une attitude de septicisme devant tout progrès de l'enfant ; elle met en oeuvre un système d'annulation, visant à repousser sa propre mise en question. Ainsi pas plus qu'elle ne croit aux progrès réalisés à l'externat, elle ne croit à la modeste apparition du langage au cours de la colonie. Il semble d'ailleurs que dans la famille le langage soit très peu employé avec Françoise et limité au minimum en tant que moyen d'échange.

A l'externat, Françoise est très agressive à l'égard des autres enfants ; elle ne peut supporter, si auparavant on a commencé à s'occuper d'elle, que l'on passe à quelqu'un d'autre. Françoise dit maintenant quelques mots ; en fait, elle a beaucoup de connaissances mais ne les utilise pas.

L'équipe de l'externat s'est posé le problème de savoir si elle devait reproduire l'attitude non directive de la colonie de la CCAS, mais, constatant que cette attitude a été la sienne jusqu'à présent, elle a décidé d'être moins tolérante et de tenter de normaliser le plus possible Françoise ; toutefois devant l'expérience bénéfique de ce contact avec les enfants normaux, elle a été placée dans le groupe des enfants les plus avancés.

Au total

Cette fillette qui perturbait une colonie spécialisée au point de ne plus y être admise, en réveillant ses camarades toutes les nuits, en nécessitant la présence d'une monitrice pour elle seule, s'est bien mieux adaptée à une colonie normale, où elle s'est fondue dans son groupe.

L'évolution positive qu'elle y a manifestée, si elle a été fugace, a permis quand même d'établir un pronostic moins défavorable et à donner des renseignements sur le plan thérapeutique.

QUATRIEME RESUME DE DOSSIER : Nicole M...

Cette fillette de treize ans est partie dans la colonie de PORT-NAVALO au mois d'août (I), non pas comme une handicapée mais comme une enfant normale. Sa comitialité, bien qu'inscrite sur son carnet de santé, n'avait pas été signalée lors de l'inscription et Nicole M... n'avait pas de ce fait un dossier médical particulier. Beaucoup de colonies auraient renvoyé cette enfant dans son foyer, mais Nicole eut la chance de partir dans un centre où volontairement on avait intégré quelques handicapés, elle fut donc parfaitement acceptée.

Signes cliniques :

Nicole a des absences avec perte du tonus, pendant lesquelles elle pousse parfois des grognements ; ces crises sont suivies d'amnésie totale. Son carnet de santé ne mentionnait qu'une comitialité bien équilibrée, traitée par du Depakine.

Elle ne souffre ni de débilité, ni de trouble du comportement.

Physiquement, elle se présente comme une fillette pré-pubertaire et le choix de ses activités correspond à son apparence. Elle avait déjà fait plusieurs séjours en colonie normale.

Durant le séjour, malgré la poursuite de son traitement, cette enfant a fait cinq absences en un mois, qui, chaque fois, ont précédé le moment où Nicole aurait du prendre son Depakine.

Ses camarades ont été surprises par ses premières crises comitiales, et ont demandé quelques explications aux monitrices, mais jamais Nicole ne fut rejetée ou prise en pitié. Elle sut très bien s'intégrer, tant dans l'équipe que dans le grand groupe et a participé à toutes les activités.

En conclusion :

On ne peut dire que le séjour en colonie normale a été pour Nicole très positif sur le plan de son handicap, si ce n'est, peut-être, au point de vue thérapeutique, l'horaire des crises indiquant qu'il y aurait lieu de mieux fractionner et peut-être d'augmenter la prise de Depakine.

Ces vacances lui ont par ailleurs été bénéfiques au même titre qu'elles l'ont été pour les enfants normaux.

Elles ont prouvé qu'une comitiale peut s'intégrer, sans la perturber, dans une collectivité normale.

Peut-être, la non-ségrégation dont a joui depuis toujours Nicole est-elle pour une part dans son absence de trouble du comportement.

CINQUIEME RESUME DE DOSSIER : Fabienne V...

Comme Nicole M..., Fabienne V... était soi-disant une enfant "normale" partie à PORT-NAVALO en deuxième session (I).

Signes cliniques et thérapeutique :

En fait, cette fillette de treize ans est une jeune asthmatique. Elle ne suit aucun traitement de fond, mais avait apporté avec elle, en cas de crise aiguë :

- Alupen
- Theophyline
- Prédnisolone
- Acide Acetylsalycilique

Cette fillette est très sociable et ne souffre pas de troubles du comportement, elle se présente physiquement comme une jeune fille post-pubertaire, dont elle a d'ailleurs les centres d'intérêt. Elle a déjà fait plusieurs séjours en colonie normale.

A la colonie :

Fabienne V... n'a fait qu'une seule crise d'asthme qui a rapidement cédé à la thérapeutique habituellement suivie par cette enfant. Elle n'a pas été reconnue comme handicapée. Elle a participé à toutes les activités et s'est parfaitement intégrée à une collectivité dont elle fut un des "leader".

Au total :

Cette enfant, qui ne fut jamais ségrégée au niveau scolaire, continue en colonie son apprentissage d'une vie sociale réussie ; l'absence temporaire de sa famille l'oblige à prendre en charge elle-même sa maladie.

SIXIEME RESUME DE DOSSIER : Evelyne D...

Evelyne, douze ans, est l'une des fillettes partie en août à PORT-NAVALO (1).

Antécédents familiaux :

Evelyne est l'aînée d'une fratrie de deux, son frère âgé de dix ans est tout à fait normal. Elle est surprotégée par ses parents.

Antécédents personnels :

Après une grossesse normale, l'accouchement avec forceps et hémorragie méningée de l'enfant a entraîné un traumatisme à la naissance, ayant nécessité trois semaines d'hospitalisation chez le Professeur ROYER aux Enfants Malades.

Evelyne aurait présenté une hémiplégie droite post-natale, ayant depuis régressé.

Ses premiers pas ont eu lieu à quinze mois, ses premiers mots vers deux ans et demi.

A quatre ans et demi, elle est prise en rééducation du langage dans un IMP (Le Tremplin).

A huit ans et demi, après un déménagement, elle fait une brève crise comitiale, avec suspension de la conscience et mouvements cloniques des deux bras ; elle est mise par le Docteur CARIOTEST, des Enfants Malades, au traitement anti-comitial et ne peut-être stabilisée (elle a jusqu'à quinze crises par jour).

En 1967, une encéphalographie gazeuse est pratiquée, qui a un effet curateur ; les crises deviennent très rares.

Bilan avant la colonie :

Evelyne présente une maladresse dans la motricité large, quelques troubles de latéralisation et une apraxie constructive, elle a une assez bonne image du geste.

Son quotient intellectuel verbal est de 62, de performance 77 et général de 69.

Son épilepsie est à peu près stabilisée, malgré quelques crises passagères et un foyer électrique à l'électro-encéphalogramme.

Son traitement est le suivant : deux fois par jour 0,05 gramme de Gardénal et au coucher un Mépronizine.

Son comportement est celui d'une fillette affectueuse, recherchant la compagnie des plus jeunes, qu'elle peut mater.

Elle a été pensionnaire dans un I.M.P. pendant plusieurs années.

Elle sait lire et écrire, son langage est pauvre et parfois peu compréhensible.

(1) cf p.102

Evolution à la colonie :

Evelyne s'est bien intégrée et ne s'est pas signalée comme une handicapée.

Elle a peu joué et uniquement aux jeux sensori-moteurs, refusant les jeux de règles qu'elle comprenait mal, ainsi que ceux faisant appel au langage.

Sa participation aux activités manuelles a dû être sollicitée et son attention s'y est révélée labile ; des encouragements fréquents ont été nécessaires.

En promenade, Evelyne était lente mais intéressée. Aux veillées, elle participait peu activement mais écoutait avec attention. A la sieste, elle tricotait, ou écrivait son courrier, elle a d'ailleurs écrit et reçu de nombreuses lettres chaque jour ; sa famille par ce biais continuait à la surprotéger.

Au début du séjour, elle a refusé de prendre collectivement la douche et de donner à laver son linge, préférant le faire elle-même ; peu à peu, elle s'est pliée à la discipline commune.

Chaque soir, elle gesticulait bruyamment dans son lit avant de s'endormir.

Evelyne s'est montrée, au début du séjour, très agressive avec ses camarades, refusant tout échange verbal ; cette agressivité a rapidement cédé et elle s'est fait de nombreuses camarades ; toutefois, vers la fin une certaine agressivité est réapparue dans son comportement. Durant toute la session, elle a manifesté un intérêt soutenu pour les animaux domestiques et les plus jeunes enfants, refusant parfois baignade ou pique-nique avec son équipe pour rester auprès d'eux.

Avec sa monitrice et avec les adultes en général, Evelyne s'est montrée très affectueuse et a recherché leur contact.

Au début de la session, ses crises comitiales étaient fréquentes, plusieurs chaque jour, souvent consécutives à un choc physique, une chute ou une remarque : certaines d'entre elles semblent avoir été plus ou moins accentuées et dramatisées par Evelyne au début du séjour. Peu à peu, elles se sont un peu espacées mais en moyenne on en comptait une par jour.

Evolution au retour :

Evelyne vient d'avoir ses premières menstruations et devant la fréquence de ses crises, qui après son retour étaient aussi fréquentes qu'à la colonie, le Professeur HOUDART a augmenté sa dose de Gardénaïl ; les crises se sont alors espacées.

Son comportement en famille est très modifié, elle est plus serviable, plus agressive avec son jeune frère ; elle s'est détachée de son père, avec qui elle avait le maximum de rapport, pour se rapprocher de sa mère. Elle des contacts plus aisés avec les adultes qui ne font pas partie du cercle familial. Elle joue toujours très peu. Elle est un peu plus autonome et peut maintenant faire seule des courses éloignées de sa demeure.

Elle cherche à attirer l'attention des garçons, mais s'effraie ensuite très vite des conséquences de ses actes. Elle est moins exclusive avec les autres enfants de son âge.

Son langage est toujours rare et pauvre, peut-être un peu moins qu'avant la colonie.

Son travail scolaire progresse : elle a maintenant bien acquis la lecture, l'écriture, la soustraction et l'addition, elle reconnaît le carré et le rectangle.

Elle a écrit à ses camarades et à sa monitrice de colonie, mais ses parents n'ont pas osé poster les lettres.

Au total :

Evelyne s'est parfaitement adaptée à la colonie. Ses troubles du comportement étant minimes, son quotient intellectuel, son niveau de scolarisation et son degré de socialisation relativement bon ont facilité cette adaptation. Elle ne s'est pas signalée comme une handicapée et n'a pas été reconnue comme telle par ses camarades, qui ne l'ont ni surprotégée, ni rejetée. Son autonomie s'est développée, son comportement face aux garçons et aux membres de sa famille est positif ainsi que son agressivité. Malheureusement, la famille est trop surprotectrice cela a été démontré par l'avalanche de courrier.

Devant cette évolution favorable, comme devant la fréquence croissante des crises comitiales, on peut aussi bien incriminer la puberté que le séjour en colonie normale ; sans doute y-a-t-il intrication des deux.

SEPTIEME RESUME DE DOSSIER : Françoise S...

Françoise, âgée de sept ans est l'une des handicapés parties en août à PORT-NAVALO. (I)

Antécédents familiaux :

Ses parents sont de niveau socio-culturel élevé. Elle est la cadette d'une fratrie de trois fillettes ; l'aînée et la benjamine sont tout à fait normales.

Antécédents personnels :

Dans sa première enfance, Françoise dort trop, ne prend rien au sein et refuse les repas variés, la mère s'en inquiète fort.

A quatorze mois, elle fait une toxicose.

De seize mois à deux ans et demi, Françoise est gardée dans la journée par une nourrice et n'accepte pas d'être séparée de sa mère, elle le manifeste par des pleurs au moment de la séparation, par une rancœur le soir et une opposition alimentaire chez la nourrice, laquelle dans l'espoir de la voir avaler quelque nourriture la laisse à table pendant quatre heures.

Examen clinique :

Les tests, en novembre 1969, font apparaître :

- 1°) un quotient intellectuel abaissé à 54 au Therman Meryl avec des résultats dispersés,
- 2°) de graves difficultés d'attention,
- 3°) des difficultés de discrimination de raisonnement et de conceptualisation,
- 4°) un vocabulaire limité,
- 5°) une non acquisition du carré au point de vue graphisme.

Elle présente des troubles du comportement à type d'opposition en famille, mais pas en collectivité.

Bilan avant la colonie :

Bien qu'elle ait de bons contacts avec l'adulte, Françoise préfère la compagnie des enfants ; elle est très sociable, elle aime s'occuper des plus petits ou des plus handicapés. Elle n'ose pas jouer avec les enfants normaux et les regarde plutôt, n'ayant que peu d'occasions de les rencontrer.

Elle est très ludique et apprécie poupée et dinette, elle dessine, fait de la pâte à modeler, du découpage. Bien qu'elle soit très distraite (et que, par exemple, elle puisse se perdre très facilement), elle peut se fixer à une activité. Elle va deux fois par semaine à la piscine.

Elle est autonome, s'habille seule, mais ne sait pas mettre ses chaussures, se lave sous une surveillance discrète ; elle a trop tendance à se faire aider. Elle n'est pas énurétique.

Bien qu'elle porte des chaussures orthopédiques, c'est une bonne marcheuse.

Elle a déjà passé des vacances loin de sa famille, en milieu spécialisé.

Evolution à la colonie :

Dès le début de la colonie, Françoise réclame plus d'aide qu'elle n'en aurait besoin.

Dans les activités d'atelier, elle a beaucoup de difficultés à coordonner ses gestes ; lorsqu'elle peint, elle n'utilise que des couleurs froides.

Dans le jeu, elle s'isole lorsqu'elle ne comprend pas, sinon elle est très heureuse d'y avoir participé et même exubérante ; les enfants l'entraînent d'ailleurs dans leurs activités ludiques et la répriment lorsqu'elle n'a pas compris les règles.

En promenade, elle traîne un peu, extériorisant ainsi sa petite débilite motrice.

Elle a de bons contacts avec tout le monde, particulièrement avec ses deux voisines de lit. Elle est très attachée à sa monitrice à qui elle pose beaucoup de questions, alors qu'avec les autres adultes et enfants elle est plutôt silencieuse.

Vers le milieu de la colonie, Françoise est devenue énurétique et encoprésique, non la nuit mais le jour. Dès son retour, elle jette sa culotte en caoutchouc dans le vide ordure et, d'après sa mère, cela ne s'est plus reproduit. Françoise faisait consciemment dans sa culotte, bien qu'un tel acte lui soit profondément désagréable. Il faut peut-être rattacher à cet épisode, d'une part les coupures d'eau incessantes, qui n'ont pas toujours permis de tenir propres les W.C., et d'autre part l'attitude de sa monitrice qui a "subi" Françoise, la considérant comme une charge trop lourde et qui n'a pas su trouver de jeux simples accessibles à Françoise comme aux autres enfants : jeux sensori-moteurs ou jeux de règles, permettant de participer avant d'avoir compris, la compréhension étant amenée par le jeu lui-même.

Résultat :

Françoise est revenue en excellente santé ayant grossi et grandi, très dynamique, très gaie, très vive, chantant et dansant très facilement. Elle a de meilleurs contacts avec les enfants normaux et demande maintenant à se mêler à eux, dans le jardin de sa cité : elle sait actuellement jouer avec eux et, en règle générale, joue beaucoup plus. Avec sa plus jeune soeur, elle se montre surprotectrice ; avec la cadette elle joue bien et veut lui montrer toutes ses capacités nouvelles. Elle est aussi beaucoup plus agressive,

ce que ses parents apprécient comme symptôme d'une évolution favorable.

Au total :

Malgré la non-tolérance de sa monitrice a son handicap, Françoise s'est intégrée à la colonie, son évolution y a été positive et l'épisode de régression encoprésique et énurésique n'a peut-être marqué qu'une étape dans l'évolution favorable de cette enfant.

HUITIEME RESUME DE DOSSIER : Stéphane R...

Stéphane, âgé de huit ans et demi, est l'un des inadaptés partis en août à PORT-NAVALO. (I)

Antécédents familiaux :

Le grand-père était un alcoolique violent, qui brutalisait sa femme et terrorisait sa fille, la mère de Stéphane ; il est mort lorsque celle-ci avait vingt ans.
La mère de Stéphane suit une cure psychanalytique depuis deux ans ; elle est, semble-t-il, à l'origine des troubles de son fils.
Le père de Stéphane est très gentil avec lui, il s'en occupe beaucoup et sait prendre ses responsabilités.
Le frère aîné a été énurétique jusqu'à l'âge de neuf ans.
La soeur est âgée de dix ans. Il n'y a rien à signaler sur son compte.

Antécédents personnels :

Stéphane a consulté pour la première fois un psychiatre le 13 mai 1967, sa mère l'amenant pour autisme, absence d'acquisition du langage, instabilité et retard psycho-moteur ; il avait alors six ans. L'interrogatoire de la mère apprend que la grossesse n'a pas été désirée.

Entre quinze et dix-huit mois, Stéphane hurlait sans-cesse et sa mère cédait sur tout pour le calmer.

A dix-huit mois, il commence à se tenir assis, à vingt et un mois, il marche.

A cinq ans, il présente encore une énurésie intermittente.

A l'époque de la première consultation, Stéphane avait un bon sommeil, mais se balançait pour s'endormir ; il avait bon appétit.

A l'examen, il se présente comme un autique instable se livrant à une activité sans but et sans fin.

Ses dessins sont de vagues gribouillages.

Le 18.4.1968, on tente de débiter une analyse, mais Stéphane n'accepte une relation avec l'autre que dans la mesure où celui-ci intervient comme élément dynamique dans son propre champ d'activité ; très vite, il ne peut supporter cette présence génératrice d'angoisse, et fuit dans de nouveaux jeux.

Le 4.1.1969, il est plus calme et accepte de se soumettre aux échelles du Bronet Leysin, qui lui donne un âge mental de six ans (il en a alors sept). Mais il refuse les tests verbaux et a des réactions violentes devant les épreuves mannequin et puzzle. Il ne parle toujours pas, mais semble comprendre.

En juillet 1969, il commence à parler, ses dessins se structurent, il détruit son travail en pâte à modeler (des vases) avec rage. Pendant les vacances 1969, il part dans une colonie normale où ses troubles du langage et son instabilité le font remarquer, mais il parvient à s'intégrer à la collectivité.

En septembre 1969, Stéphane est en net progrès mais parle toujours peu. Depuis cette date, l'état de Stéphane continue à évoluer favorablement, surtout depuis six mois.

Il est traité en psychothérapie individuelle et de groupe. Il apprend à lire et sait reconnaître les mots de moins de quatre syllabes, même s'ils contiennent des sons compliqués.

A la colonie en Août 1970 :

Stéphane part dans la colonie de PORT- NAVALO. Au début de la session, Stéphane est calme, sage et obéissant, mais son comportement est malgré tout pathologique avec grimaces, gestes saccadés, pleurs et fous rires sans raisons apparentes: en l'interrogeant sa monitrice s'est entendu répondre: "c'est à cause de moi que je pleure".

Il est très peureux et a une vive répulsion pour tous les animaux. Il fait des colères brusques sans motif. Par moment, il suspend action et parole, sans qu'il s'agisse de crise comitiale vraie. Il vit dans un monde à lui et lorsqu'on l'appelait dit sa monitrice, il semblait sortir d'un rêve. Il s'isole, refuse de parler et de jouer à des jeux collectifs même simples. Il refuse aussi tout contact avec enfant et adulte, tant physique qu'intellectuel. Il suit bien les promenades.

A la veillée il écoute sans jamais participer.

Il est très lent, mais à peu près autonome, il n'est pas énurétique.

Il mange tout ce qu'il trouve : sable, terre ...

Son langage est adapté, mais peu fréquent, son vocabulaire est pauvre, ses phrases non construites, les mots sont déformés, il présente un phénomène d'écholalie; il est donc souvent difficilement compréhensible.

Stéphane pousse des cris et des gémissements, sans raisons apparentes, il semble avoir un langage intérieur totalement incompréhensible et, à la sieste, on peut l'entendre se parler ainsi à mi-voix.

Evolution à la colonie :

Peu à peu, il a accepté quelques contacts avec les enfants et a , quelquefois, participé à des activités ludiques collectives après des invitations répétées des autres "colons". Mais cela est malgré tout resté exceptionnel. Il a toujours refusé de se baigner en groupe et lorsqu'il avait, après bien des difficultés, pénétré dans l'eau il ne voulait plus en sortir. Vers le milieu de la session, Stéphane est devenu très capricieux.

Certains enfants ont, sans jamais le rejeter, pris un malin plaisir à l'effrayer, d'autres l'ont un peu surprotégé, suppléant ainsi à la tâche des monitrices.

Au total, Stéphane , enfant psychotique et non débile, ne s'est pas pleinement intégré à la collectivité, mais ne l'a jamais perturbée.

Depuis son retour :

Stéphane a de meilleurs contacts avec les enfants et les adultes ; il joue et a acquis un gain important sur le plan du langage. En octobre 1970, son psychiatre constate qu'il sait dessiner correctement la Maison, le Bonhomme, avec maints détails de la tête. Il s'exprime de mieux en mieux, mais il est toujours effrayé par les animaux. Il présente maintenant une manifestation phobique de l'eau, à la piscine, avec paralysie des membres inférieurs (tous les examens neurologiques dont l'électro-encéphalogramme sont normaux ainsi que la calcémie).

Ses parents sont très fixés sur le problème des acquisitions scolaires, il est actuellement dans un externat pour débilés profonds ce qui ne correspond pas à ses capacités. Une demande de placement à l'externat médico-pédagogique de CHANGOUBERT, acceptant les psychotiques, a été faite.

En conclusion :

On peut donc dire que ce séjour en collectivité normale s'inscrivant dans le cadre d'une évolution favorable, sous l'influence de la thérapeutique, a été bénéfique à Stéphane.

Il y a poursuivi sa socialisation et ce séjour lui a permis d'avoir de meilleurs contacts avec "l'autre".

NEUVIEME RESUME DE DOSSIER : Murielle R...

Murielle, douze ans, est la seule handicapée à être partie en 1ère session à CHEVIRE-le-ROUGE. (1)

Antécédents familiaux :

- Son père avait cinquante-et-un ans à sa naissance; il est mort depuis de tuberculose.
- Sa mère en était à sa troisième grossesse gémellaire, elle avait trente huit ans, elle est surprotectrice.
- Son beau-père est aveugle et touche une pension d'invalidité de l'E.D.F., il s'occupe bien de Murielle.
- Murielle est la dernière enfant d'une fratrie de neuf, ses frères et soeurs s'occupent beaucoup d'elle.

Antécédent personnel :

L'accouchement a eu lieu à six mois et demi. Murielle comme sa jumelle pesait 1 kg 750.

Elle consulte dans le service du Docteur CHIGOT en 1962 et on diagnostique une infirmité cérébromotrice, un syndrome de Little avec spasticité bilatérale prédominant sur les fléchisseurs et les adducteurs. On l'hospitalise pour pratiquer une opération de Grice bilatérale. Depuis 1966, elle porte un appareillage de Phelps bilatéral avec des chaussures orthopédiques.

En 1962, son quotient intellectuel avait été trouvé à 60, progressivement il a semblé augmenter et, en 1966, il était de 78. Murielle souffrait donc d'une fausse débilité due à la surprotection familiale dont elle était l'objet, la confinant au lit. Actuellement, il est certainement supérieur, puisque Murielle scolarisée en milieu spécialisé, pour handicapés moteurs et non mentaux, a même obtenu le prix d'excellence.

Bilan avant la colonie :

Murielle présente :

- des réflexes ostéotendineux vifs,
- un début de clonus du triceps droit,
- une flexion du genou à 25°,
- l'examen neurologique des membres supérieurs est normal,
- l'opération de Grice a stabilisé le tarse postérieur et on note une amélioration clinique de la voûte. Sans appareil, Murielle marche très difficilement "sur les talons", elle n'a pas de muscles fessiers; appareillée et à l'aide de cannes tripodes, ou d'un déambulateur, elle peut se déplacer sans aide, sauf pour monter des escaliers où, en plus d'une rampe, une tierce personne est indispensable. Pour ses déplacements plus importants elle circule en fauteuil roulant.

(1) cf P. 105

Elle nage et a même son brevet de 25 mètres. Elle doit poursuivre sans interruption sa rééducation.

Au point de vue psychologique, c'est une enfant douce, obéissante, observatrice, qui fait peu d'efforts pour acquérir une autonomie plus grande et ne prend pas d'initiative ; elle est très sociable et se plaît en la compagnie des autres enfants. Elle a été séparée de sa famille, à l'occasion de ses hospitalisations et a fait un séjour en colonie spécialisée.

Evolution à la colonie :

Dès son arrivée, Murielle a montré sa volonté de s'intégrer pleinement à la collectivité, en craignant que l'on ne la fasse coucher à l'infirmerie ; très vite rassurée sur ce point, elle se ménage un premier temps, d'une semaine environ, d'observation, de "conduite d'exploration", puis participe pleinement à tout ce qui est à sa portée, promenades, jeux de société, ping-pong (dans son fauteuil roulant), rallye à quatre pattes sur la pelouse et activité manuelle en atelier.

On ne s'est pas servi de son fauteuil comme d'un objet ludique, peut-être à cause de l'importance et du sérieux que lui attachait Murielle, tout comme à son appareillage d'ailleurs. Lorsqu'elle ne pouvait participer physiquement aux activités trop mobiles, elle s'est plu à y assister.

Elle a pratiqué chaque matin, avec l'aide de l'assistant sanitaire, sa rééducation, qui semblait très valorisante pour elle, surtout par les progrès qu'elle faisait en décollant plus facilement les talons du plan du lit.

Elle a d'ailleurs noué de très bonnes relations avec l'assistant sanitaire.

Avec les autres enfants, elle a acquis peu à peu un contact plus facile ; elle n'a jamais été isolée mais au contraire a été l'un des centres attractifs de la colonie et a été, pour toutes les activités, très sollicitée en tant que camarade de jeux.

Cette enfant, à l'arrivée peu bavarde et expansive, est repartie épanouie.

Bilan au retour :

Murielle s'est beaucoup plu à la colonie et a demandé à repartir l'an prochain.

D'après sa mère, au point de vue marche, elle a progressé, elle a beaucoup gagné en autonomie, mais après quelques mois, cet acquit semble un peu régresser.

Au point de vue comportement, elle a pris de l'assurance face à son handicap, elle est plus indépendante, plus volontaire, plus agressive, plus gaie, elle termine ce qu'elle entreprend, ce qui est nouveau pour elle et joue beaucoup plus avec les enfants de son âge ; elle a maintenant le sentiment d'être avant tout une enfant de douze ans et non plus "une handicapée".

Au total :

La personnalité de Murielle s'est affirmée, elle a pris ses distances par rapport à son handicap et la surprotection familiale dont elle est l'objet. Son autonomie est plus grande. Quant à ses progrès sur le plan moteur, ils sont certainement discutables et pourraient s'expliquer par un effort plus grand que Murielle a appliqué à sa rééducation, car cet effort était motivé par la présence des enfants valides.

DIZIEME RESUME DE DOSSIER : Jacques L...

Jacques L... âgé de onze ans est un des trois handicapés ayant passé le mois d'août à CHEVIRE-le-ROUGE (I)

Antécédents familiaux :

Jacques L... est fils unique.

Son père, retraité des PTT, travaille comme homme de peine dans l'externat de son fils.

Sa mère est agent EDF.

Tous deux sont en bonne santé et rendent la cardiopathie de l'enfant responsable de tous ses problèmes.

Antécédents personnels :

La grossesse et l'accouchement ont été normaux.

Jacques est porteur d'une tétralogie de Fallot ; opéré une première fois en 1964 (opération de Blalock). On envisage actuellement une réintervention. Il est suivi au centre hospitalier de Bicêtre.

Jacques se cyanose lorsqu'il fait des efforts physiques importants.

Malgré sa cardiopathie, il est physiquement "costaud".

Son électro-encéphalogramme montre un tracé mal structuré et immature, avec présence de signes comitiomorphes discrets.

Jacques est un débile, son Q.I. est à 60, d'après les tests pratiqués (Therman et C.A.T.); mais il sait lire et écrire.

Il est suivi en psychothérapie pour des troubles du comportement à type d'opposition, d'impulsivité, d'agressivité, de violence, surtout marqués lorsqu'il est avec des enfants plus faibles que lui.

Il a de bons contacts avec l'adulte et les enfants de sa force, il joue bien, aime organiser les jeux et en être l'arbitre, d'autant plus qu'il en comprend relativement vite les règles. Il aime par ailleurs les activités manuelles et le chant.

Jacques est scolarisé à l'externat médico pédagogique d'EPINAY depuis un an, (auparavant, il fréquentait le Centre Le Tremplin). Bien que cette colonie soit sa première, Jacques avait déjà été séparé de ses parents.

Traitement : Chaque jour il prend : Neuleptil, 6 gouttes 3 fois par jour et un Nozinan faible.

Evolution à la colonie :

Sur le plan médical, Jacques L... ne s'est cyanosé qu'à deux reprises lors de jeux violents ; un bref repos a suffi comme thérapeutique.

Au départ c'est des trois inadaptés celui qui s'était le mieux intégré, car, malgré son instabilité, Jacques joue bien. Comme à

l'externat, il a recherché le rôle d'arbitre, mais, en milieu normal sa débilité se faisant plus remarquer, il a eu du mal à comprendre les règles.

Il s'est surtout choisi des jeux de fiction, il a été l'agent de police de la colonie, puis il a préparé son mariage, un bal rassemblant tous les enfants devant être pour lui l'occasion de la cérémonie ; dans cette fiction, il s'est surtout attaché au détail d'apparat : robe, fleurs, invitations. Ce "jeu" lui permettait de prendre une position d'organisateur, de chef, d'adulte, de "vedette". La fiancée, toujours choisie parmi les jeunes femmes de l'encadrement, variait selon les jours. L'encadrement, après être entré dans le jeu pendant quelques jours, a pris peur et a rompu ce "psychodrame", lui expliquant qu'il était trop jeune pour se marier.

Jacques a eu de bons contacts avec les enfants et, malgré sa violence et son agressivité, il était, sans avoir particulièrement d'ami, recherché pour les activités ludiques.

Au fil des jours, Jacques a compris qu'il pouvait dominer, par sa force physique, tant les enfants que les jeunes femmes et a montré qu'il ne ressentait comme interlocuteur valable que l'adulte de sexe masculin.

Au retour :

A l'externat, Jacques est moins violent, moins dangereux pour les autres, ses troubles du comportement sont en régression.

D'après ses parents, Jacques se montre plus discipliné, moins coléreux, plus obéissant, plus serviable (il aide maintenant aux tâches ménagères) et plus sociable, il prête ses affaires. Il joue mieux et a de meilleurs contacts avec les petits et les filles. Depuis la rentrée, il invite fréquemment des camarades de son âge chez lui.

On n'a pas constaté de gain d'autonomie.

ONZIEME RESUME DE DOSSIER : Brigitte B...

Brigitte B..., âgée de onze ans et l'une des trois enfants partie à CHEVIRE-le-ROUGE en août 1970 (1). Elle est suivie par le Docteur LEROY, Medecin Chef du Service de pédiatrie à l'Hôpital de COMPIEGNE.

Antécédents familiaux :

Brigitte est la benjamine d'une fratrie de six. L'aîné et l'avant dernier sont normaux, le cadet et le troisième enfants sont décédés, l'un à un mois, l'autre à deux mois et demi, dans un tableau d'état de mal convulsif. Le quatrième enfant, un garçon de 16 ans, présente une comitialité avec retard intellectuel et une phacomatose de type sclérose tubéreuse de Bourneville.

La mère a deux soeurs qui ont engendré, l'une, deux enfants décédés de mucoviscidose à quatorze mois et à deux ans, l'autre, un enfant porteur d'une mucoviscidose suivi dans le service du Docteur LEROY. On n'a pas retrouvé d'antécédent pathologique au niveau des ascendants.

Antécédents personnels et signes cliniques :

A) Syndrome dermatologique :

Dans la première année de la vie de Brigitte sont apparues une cinquantaine de taches café au lait de grande taille.

B) Syndrome neurologique :

Cette enfant présente un retard intellectuel avec un quotient inférieur à 60.

Elle souffre de troubles de la marche apparus en mars 1969 ; un examen neurologique à cette date avait montré :

- 1) Une instabilité certaine à la marche de type ataxique, non aggravée par l'occlusion des yeux.
 - 2) Des réflexes ostéotendineux présents et symétriques.
 - 3) L'absence de signe de Babinski, de trouble de la sensibilité et de signes comitiaux.
 - 4) Une diminution de l'acuité visuelle bilatérale à 3/10°, inaméliorable par le port de lunettes.
- Ayant craint une localisation au chiasma, le Docteur LEROY a fait pratiquer :
- 1) Une radiographie du crâne où n'apparaissaient ni calcifications, ni disjonctions des sutures, ni impressions digitiformes anormales.

(1) cf P. 107

Une radio des trous optiques les montrait symétriques.

- 2) Un fond d'oeil effectué par le professeur SARRAUX : les papilles étaient un peu pâles mais à bord net.
- 3) Un électro-encéphalogramme, qui se révélait perturbé avec dysrythmie, on notait de nombreuses bouffées d'onde lente paroxystique.

C) Depuis de nombreuses années, Brigitte souffre de troubles du comportement à type d'instabilité sans agressivité,

D) Il n'a pas été retrouvé de syndrome osseux ou viscéraux, l'urographie intraveineuse et la tension artérielle sont normales.

Evolution depuis mars 1969:

Le syndrome dermatologique évolue par poussée, avec apparition récente de taches au niveau des membres supérieurs, qui font craindre une forme assez évolutive.

Les troubles neurologiques évoluent aussi par poussée, rapidement régressive, marquée par des céphalées faisant craindre l'extériorisation ultérieure d'une localisation intra-cranienne expansive.

Bilan avant la colonie :

Brigitte est une obèse, instable, parfois coléreuse et susceptible, mais obéissante et affectueuse, capable de s'intégrer facilement à un groupe d'enfants.

Elle est surprotégée par ses parents: ce séjour est l'occasion de sa première séparation du milieu familial.

Elle est autonome, tant sur le plan sphinctérien que de l'habillement. Sa rapidité d'élocution est telle qu'il est souvent difficile de la comprendre. Elle ne sait pas bien jouer et préfère les tâches ménagères, la couture ou la vannerie.

Jusqu'à l'an passé, elle était scolarisée en milieu normal, sans aucune acquisition scolaire ; depuis, elle reste dans son foyer, elle n'a jamais vécu en milieu spécialisé.

Traitement :

Chaque jour Brigitte prend :

- 1) Trois fois cinq gouttes de Théralène.
- 2) Matin et soir un comprimé de Gardéнал à 5 cg.

Evolution à la colonie :

Dès son arrivée, Brigitte est très ouverte et sympathise avec tout le monde. Elle est très aimée, tant par les adultes que par les enfants et cherche à capter l'attention générale. Elle se prend de passion pour l'assistant sanitaire auréolé du "prestige du médecin". Elle a joué et participé aux ateliers, mais sans parvenir à s'y

fixer. Les participants l'ont toujours plus intéressée que l'activité elle-même. Au début du séjour, elle a aidé aux travaux ménagers, mais après quelques jours elle s'en est totalement désintéressée. Sa principale activité fut consacrée à la découverte d'une liberté toute neuve et Brigitte entreprit d'explorer à sa guise parc et château.

Malgré ses troubles du comportement à type d'instabilité, elle est très sociable, très affectueuse, elle possède un certain sens de l'humour et une bonne mémoire pour un quotient intellectuel si bas. Elle est très attachée à ses parents ; après s'être fait lire son courrier, elle répétait à tout un chacun, le contenu de ses lettres et attendait avec impatience la distribution suivante. Elle recevait d'ailleurs un très abondant courrier.

Elle s'est montrée tout à fait capable de se prendre en charge, même sur le plan de sa thérapeutique, connaissant posologie et horaire, la prise médicamenteuse semble d'ailleurs être chez elle très sécurisante.

Sur le plan ataxique, Brigitte, malgré sa totale liberté, n'est tombée qu'une fois dans un bousculade.

Résultat :

Brigitte au cours de son séjour a beaucoup gagné en autonomie et en sociabilité, particulièrement avec les garçons ; ses parents l'ayant probablement mis en garde contre le sexe masculin, à son arrivée, elle refusait tout contact avec ceux-ci, en quelques jours tout est rentré dans l'ordre.

Elle a parfaitement su s'intégrer à une collectivité normale et s'y est même rendue populaire.

Malheureusement, sa boulimie et donc son obésité, n'ont que très partiellement régressé ; elle n'a perdu en un mois que 250 grammes. Brigitte n'est plus scolarisée et depuis son retour, désœuvrée, sa principale occupation consiste à dormir. De plus, la surprotection familiale dont elle est l'objet lui a fait perdre en partie son gain d'autonomie.

Au total :

Certes, Brigitte est devenue en colonie plus autonome et plus sociable, mais le pronostic étant bien sombre dans son cas, le principal avantage de ce séjour a été de permettre une vie plus normale aux parents, sans pour cela les culpabiliser.

DOUZIEME RESUME DE DOSSIER : Denis M...

Denis M..., âgé de dix ans, est l'un des trois enfants inadaptés parti en août dans la colonie de CHEVIRE-le-ROUGE. (I)

Antécédents familiaux :

Denis est le deuxième enfant d'une fratrie de six.

Son père est agent EDF.

Sa mère ne travaille pas, c'est une hypocondriaque fruste, surprotectrice.

Son frère aîné s'occupe beaucoup de lui et essaie de lui faire faire des acquisitions scolaires.

Antécédents personnels :

Dès sa première enfance, il a présenté des troubles de la déglutition. Son développement psycho-moteur a été normal ; à dix-huit mois, Denis dit quelques mots puis cesse très vite de parler jusqu'à l'âge de cinq ans.

A deux ans et à cinq ans, il fait un épisode convulsif avec perte de connaissance et révulsion des yeux.

A deux ans et demi on constate que le frein de sa langue est trop court et on l'opère ; ses troubles de la déglutition cessent alors.

En 1967, il consulte chez le Docteur LAUNAY pour troubles du langage. Devant ses stéréotypies importantes avec rites, ses rires et pleurs immotivés, ses raptus anxieux, ses contacts variables : agressifs ou nuls avec les enfants, très étroits avec la mère, bons avec l'éducatrice et variables avec les objets, devant ses troubles du langage avec voix monocorde, echolalie, pauvreté du vocabulaire et devant ses dessins stéréotypés, on pose le diagnostic de psychose. Son intelligence est jugée normale, malgré une efficacité abaissée par ses difficultés de contact et ses troubles de langage.

En 1968, pour un âge légal de 8 ans, les tests donnent les résultats suivants :

Dame de Fay âge moyen : huit ans,

Epreuve de Santucci: six ans,

Dessin du bonhomme: 7 ans.

Ses contacts sont meilleurs.

En 1969 et 1970, il fait un épisode de quatre mois d'agitation choréique avec mouvements de grande ampleur ayant nécessité une hospitalisation.

A partir de l'âge de trois ans, il avait suivi une école maternelle et était entré à six ans au cours préparatoire, dont il avait été renvoyé au bout de trois mois pour instabilité et agressivité. Depuis avril 1970, il est scolarisé à mi-temps dans une école communale normale où son comportement ne pose pas de gros problèmes.

Bilan avant la colonie :

Denis est toujours très proche de sa mère, il a même besoin, sans-cesse, d'un contact physique avec elle. Il a été séparé de sa famille à plusieurs reprises, à l'occasion de ses hospitalisations et d'un séjour à HENDAYE en 1966.

Il est parfois un peu agressif avec les enfants, mais joue bien. Il se fixe de manière irrégulière à une activité. Il parle, mais fait peu de phrases, sa voix est aiguë et saccadée.

Evolution à la colonie :

Dès son arrivée, Denis se fait remarquer en poursuivant les fillettes, criant "oh ! le beau pantalon rose". Ainsi, très vite, il est reconnu comme handicapé et un climat de méfiance de la part des adultes s'installe autour de lui ; ces derniers sont imités très vite par les aînés des enfants. Aussi ce sera avec les plus jeunes que Denis aura les meilleurs contacts et qui le prendront incomplètement en charge ; incomplètement, car jamais les enfants n'ont réprimé ou agi directement sur Denis, hormis dans les activités ludiques, mais ont toujours fait appel à un moniteur.

Denis a eu de bons contacts avec les enfants dès le début du séjour, principalement avec les fillettes et souvent par l'intermédiaire de la vieille voiture (ne roulant plus), dont les membres de l'encadrement lui avaient fait cadeau, (il faut signaler que c'est plus dans le but d'éviter une détérioration de leur propre véhicule, que pour des motifs pédagogiques, qu'ils avaient acheté cette vieille voiture), mais cet objet s'est révélé utile à Denis, puisqu'il lui a permis d'y inviter d'autres enfants et, par là, d'établir avec eux des contacts.

Il n'a pas eu d'ami particulier, ou d'enfant l'ayant plus spécialement pris en charge.

Il a été agressif, (il a d'ailleurs poussé une fillette dans l'étang) tout particulièrement avec Jacques L... ; de plus, il semblait mal percevoir le danger.

Il a participé aux jeux, collectifs ou non, aux ateliers et surtout aux promenades, mais son attention s'y est révélée labile.

L'arrivée de son courrier n'a jamais provoqué chez lui de réaction ; sa prise de médicament non plus, mais, par contre, l'infirmière ayant été un jour appelée par son fonction devant lui il a, après cela, toujours refusé de s'en approcher.

Evolution au retour :

Le comportement de Denis est très modifié, il ne crie plus, il est beaucoup plus calme, il ne reste plus collé à sa mère et a moins besoin de son contact physique.

Il a gagné une plus grande autonomie et fait maintenant des petites courses tout seul ; il désire montrer tout ce qu'il peut effectuer sans aide et surtout sans celle de sa mère ou de son frère.

Il joue beaucoup mieux avec les autres enfants, il est moins peureux, plus aventureux, il veut s'affirmer comme un "grand" et désire faire des acquisitions en milieu scolaire. Pour la première fois il a écrit quelques mots, de son propre chef, à ses grands-parents. Au point de vue du langage, peu avant son départ en colonie était apparu épisodiquement le "je", cette évolution s'est affirmée et Denis, parlant de lui-même, n'emploie plus que la première personne du singulier.

Au total :

Denis a été plus toléré qu'accepté à la colonie, mais, ce séjour en milieu normal, faisant suite à une scolarisation à mi-temps, a permis la poursuite d'une évolution favorable et maintenant Denis a pu être scolarisé à l'école communale à temps plein.

C - RESULTATS ET PROBLEMES SOULEVES PAR L'EXPERIENCE DE LA C.C.A.S.

Nous allons traiter les problèmes particuliers à cette expérience d'intégration simultanée de plusieurs catégories d'inadaptés, mais nous ne reviendrons pas sur ce qui a déjà été développé à l'occasion des autres expériences :

- 1) Le courrier : son importance et les indications que les types de lettres et leur fréquence peuvent donner dans l'observation de l'enfant et de sa famille.
- 2) Les activités à la mesure de chaque enfant, mais sans que la présence d'inadaptés ralentisse le rythme de la colonie. Une activité particulière pourtant est à signaler : la peinture. Pendant leur séjour, deux handicapées ont modifié leur coloris : l'une en choisissant des couleurs froides, l'autre en remplaçant ses "barbouillages" par de belles harmonies.
- 3) L'effectif peu nombreux.
- 4) La durée du séjour, qui ne doit pas excéder un mois.
- 5) Les problèmes de sécurité qui peuvent, comme on l'a vu à CHEVIRE, faire nécessiter une surveillance particulière de certains inadaptés.

I - PREPARATION DE CES COLONIES

a) Nous avons sélectionné pour cette expérience, des enfants atteints de déficit moyen ou léger, nous n'avons pas reçu d'enfants très lourdement handicapés : aucun grabataire ou en chariot, spinabifida, grand IMC, arriéré profond : le Q.I. des inadaptés souffrant ce type de déficience oscillait entre 50 et 70.

En fait, il est apparu que c'est la manière dont l'encadrement perçoit et tolère l'enfant et son handicap, et non l'importance réelle de ce dernier, qui conditionne son acceptation et donc son intégration. Ainsi, une fillette présentant une débilité mentale sans gros troubles du comportement a été déclarée par sa monitrice incapable de suivre, sans la perturber, une colonie normale ; alors qu'une autre fillette autistique atteinte d'une débilité (vraie ou fausse) plus importante, avec des troubles majeurs du comportement n'ayant pas régressé pendant le séjour, a été reconnue par tous comme capable de s'intégrer dans une collectivité normale. Nous pensions, avant cette expérience, que la qualité du déficit avait un rôle important dans les possibilités d'adaptation de

ces enfants, que ceux souffrant de troubles du comportement, par exemple, auraient plus de difficultés que les autres, à l'intérieur d'une même colonie et donc avec un encadrement identique et de même tolérance. Si à CHEVIRE cela s'est avéré exact, à PORT-NAVALO, en première session, il n'en a rien été et c'est l'enfant présentant le plus de troubles du comportement qui s'est le plus parfaitement intégré.

Les infirmes moteurs ainsi que les enfants atteints de maladie chroniques, asthme et comitialité, se sont tous, comme nous l'avions prévu, parfaitement intégrés.

Nous n'avons pas reçu d'aveugle ou d'amblyope, ainsi que nous le désirions, aucun de leurs parents ne nous les ayant confiés. Quant aux déficients auditifs démutisés, peut-être pourrions-nous dans un second temps les intégrer, mais l'absence d'encadrement spécialisé, dans les colonies de la C.C.A.S., nous interdit pour le moment de pouvoir envisager d'y accepter les non-démutisés.

b) La présence simultanée de plusieurs sortes d'inadaptés n'a nui à l'intégration d'aucun d'eux. Ils n'ont pas noué de rapport préférentiel les uns avec les autres, au contraire, les enfants présentant des troubles du comportement s'excluaient mutuellement au sein de chaque colonie.

Cette diversité de déficits minorise la proportion de chaque catégorie d'inadaptés et donc leur a permis de se retrouver dans un milieu plus normal.

Cette présence simultanée n'a pas gêné l'encadrement, au contraire, dans certaines colonies, des monitrices ont pu se familiariser dans un premier temps avec le type de handicap qu'elles jugeaient le plus "normal" et dans un deuxième temps, aborder les autres.

Au niveau des activités, cette diversité des déficits n'a jamais posé de problèmes, elle a familiarisé les enfants "sains" avec une diversité qu'ils rencontreront dans la société et leur a évité une stéréotypie abusive de l'enfant handicapé.

c) Nous avons au départ, éliminé les adolescents de cette expérience. La manière dont, à PORT-NAVALO, ils ont réagi devant l'arrivée imprévue d'une inadaptée a montré qu'effectivement, sans préparation, (et l'idéal de cette préparation est une expérience antérieure) ils avaient tendance à rejeter ce qui leur paraissait étranger. A PORT-NAVALO, cette fillette a finalement pu s'intégrer car les plus petits avaient fourni aux adolescents cette préparation. Tous les âges étaient représentés, à l'exception donc des adolescents. Nous avons pu vérifier que les plus jeunes étaient les plus réceptifs et les plus bienveillants à l'égard de "l'autre", ici inadapté.

Il semblerait aussi, qu'à âge égal, les fillettes intègrent plus facilement leurs camarades défavorisés que les garçons, compte tenu du fait que chaque groupe, filles et garçons, se mélange peu et que les garçons n'ont eu à accepter que trois handicapés de leur sexe, cela ne peut pas être plus qu'une impression.

d) Nous avons préparé cette intégration d'inadaptés à une collectivité normale en sélectionnant les enfants en accord avec les thérapeutes habituels, en constituant pour chacun d'eux un dossier, en choisissant les équipes d'encadrement et de direction, mais celles-ci n'ont pas préparé leur séjour en fonction des handicapés, ce qui s'est révélé positif : les dossiers ont seulement servi de référence pour les problèmes que pouvait poser chaque inadapté. Cette expérience a été tout à fait celle que nous désirions faire : les handicapés ont dû s'insérer dans un milieu normal qui ne leur a avait pas été préalablement adapté.

e) L'inadéquation des locaux aux handicapés a fait ressortir les défauts qu'ils présentaient pour tous les enfants : escalier trop important, absence de piscine, etc... mais tout a pu être sommairement aménagé en fonction des problèmes d'autonomie ou de sécurité qu'ils posaient plus particulièrement aux handicapés.

La poursuite de cette tentative pose pour l'avenir un problème particulier : Devrons-nous changer les inadaptés de lieu et d'encadrement, ou devrons-nous les envoyer là où ils sont déjà familiers? ce qui pourrait raccourcir leur période d'adaptation, mais éliminerait les bienfaits de la nouveauté. Nous pensons qu'il n'y a pas de règle générale et que c'est une solution différente qui sera adoptée selon chaque enfant.

De même, devrons-nous lorsqu'une équipe s'est révélée tolérante aux handicapés la sélectionner pour l'année suivante, éventuellement pour d'autres inadaptés ? Il semble que ce soit une solution positive pour un an ou deux, mais nous devons éviter de former un personnel "spécialisé" dans l'intégration des handicapés aux colonies normales", puisque, comme nous allons le voir, nous préférons éviter l'encadrement spécialisé et que, de plus, ce personnel n'aurait qu'une formation empirique.

II - L'ENCADREMENT -

Nous avons préféré éviter d'adjoindre aux équipes d'encadrement des moniteurs spécialisés car :

1) Bien qu'ils aient une formation de base polyvalente, ils prennent très vite l'habitude d'un seul type d'inadaptation et nous ne pouvions choisir des éducateurs spécialisés en grand nombre : pour les différents malades chroniques, les infirmes-moteurs, les débiles mentaux, les psychotiques, les aveugles et amblyopes (puisque nous espérions en recevoir). L'élément de référence, en cas de problèmes, et la surveillance ont été assurés par les médecins parisiens de la C.C.A.S., qui tout au long du séjour ont gardé un contact étroit avec les colonies, ce qui a tranquilisé les équipes autant que l'aurait fait la présence d'un éducateur spécialisé et a été pour elles plus stimulant.

2) Nous voulions que ces enfants soient dans un milieu le plus normal possible, tout en maintenant la surveillance médicale que nécessitait leur état. Nous pensions qu'il était désaliénant pour eux d'échapper pendant un mois à un milieu protégé et spécialisé, dont ils n'ont pas toujours besoin pendant l'année, leur maintien dans un tel milieu restant encore trop souvent le reflet de l'intolérance des milieux dits "normaux". La plupart de ces enfants ne nécessitent d'ailleurs en vacances, ni par les problèmes qu'ils posent, ni par les techniques d'activités que l'on peut leur appliquer, d'éducateur spécialisé.

L'évolution favorable qui s'est manifestée à l'issue de ces vacances pour beaucoup d'entre eux, l'absence d'échec et des résultats positifs sur le plan du langage, s'ils ne nous permettent pas de dire que l'absence d'éducateur spécialisé est plus bénéfique aux enfants, dans le cadre d'une colonie normale, que sa présence, nous autorise quand même à penser qu'elle ne se révèle pas indispensable, compte tenu d'une liaison médicale possible à tout instant si un problème grave se posait.

Enfin, si l'absence de ces éducateurs a pu être anxiogène pour les parents avant le départ, au retour la confirmation que leur enfant a pu s'adapter à un milieu "normal", à des éducateurs d'enfants "normaux", les a grandement sécurisés, et a fait régresser la surprotection dont ils entourent leur petit inadapté. De même, comme nous l'avons vu plus haut, nous n'avons fourni qu'une information et non une formation aux équipes.

La première condition d'une bonne intégration des handicapés est la tolérance de l'encadrement, tant celle des moniteurs que celle des directions.

III - LES METHODES PEDAGOGIQUES -

Dans ces trois colonies, les enfants ont été diversement groupés. Il semble que l'absence de structure à l'échelle de l'enfant ait pu gêner ceux atteints de déficits mentaux lors de leur adaptation, mais aussi leur faire acquérir un gain appréciable d'autonomie, comme nous l'avons vu à propos de la colonie de CHEVIRE. Au contraire, le groupement trop autoritaire ne permet plus d'offrir une gamme d'activités satisfaisante à la fois pour les handicapés et pour les autres "colons".

La dissémination des inadaptés dans les différents groupes et équipes leur a permis de s'y intégrer rapidement et souvent complètement, cela a rendu possible leur prise en charge par les enfants normaux, qui ont ainsi soulagé les moniteurs d'une partie de ce travail supplémentaire.

Les encadrements employaient des méthodes pédagogiques fort différentes, mais tous pensaient être peu dirigistes. En fait, une équipe était protectrice, très permissive et non dirigiste, (c'est celle qui a obtenu le résultat le plus spectaculaire, avec l'une des inadaptées). Une autre était aussi non dirigiste mais non permissive, si l'enfant était libre d'y avoir l'activité de son choix, sans que jamais l'adulte ne l'y oriente, il devait respecter un certain nombre d'interdits et de contraintes ; elle a obtenu de bons résultats sur le gain d'autonomie post-colonie, mais les handicapés s'y sont inégalement intégrés. Enfin la dernière équipe, rigoriste et dirigiste, a obtenu les moins bons résultats. Il semble donc, d'une part, qu'un encadrement non dirigiste permette aux enfants de mieux s'intégrer et d'évoluer de façon plus satisfaisante, d'autre part, que le choix d'une équipe permissive et protectrice est fonction de chaque cas.

La possibilité pour les inadaptés d'avoir le choix parmi une gamme d'activités variées est pour eux très stimulante, même lorsque ce sont les autres enfants qui choisissent pour eux. De plus, cela permet d'avoir toujours des activités à la mesure de leurs possibilités, ou d'en créer qui pourront les intéresser eux et d'autres enfants, afin qu'elles ne soient pas ségrégatives.

L'attitude générale adoptée a été la même avec tous les enfants, qu'ils soient handicapés ou non ; étant bien entendu que pour tous l'attitude des adultes a été généralement fonction des besoins particuliers de chacun.

La seule réelle ségrégation qu'ont subie les inadaptés s'est donc située au niveau du voyage, les enfants normaux arrivant par groupes, alors que les handicapés sont arrivés seuls ; heureusement le recrutement multiple de chaque colonie a permis aux inadaptés de se fondre rapidement dans les groupes. Il aurait été malgré tout préférable qu'une partie du recrutement soit originaire de la même région que les inadaptés et voyage avec eux afin, d'une part, de les intégrer dès le départ et, d'autre part, de leur permettre éventuellement de maintenir à leur retour les liens qu'ils auraient pu se créer.

IV - RESULTATS

Comme on l'a vu, lors de l'étude de chaque séjour et de chaque dossier, ils ont été bons ; aucun échec n'est à déplorer, tous se sont adaptés à la collectivité et la plupart d'entre eux s'y sont intégrés. Ils ont généralement acquis un gain d'autonomie et leur langage a souvent progressé ; nous ne reviendrons pas sur les causes et l'analyse de ces résultats, milieu plus agressif, plus contraignant, stimulation par les enfants sains, levée de blocage, etc... nous l'avons déjà fait à propos des expériences précédentes.

Nous rappellerons l'importance que peut avoir un tel séjour : milieu d'observation et expérience d'insertion en milieu normal, sur le pronostic et la thérapeutique à appliquer à certains handicapés. Ainsi l'évolution qui s'était amorcée chez Françoise V... en colonie normale, a incité son externat à la grouper à la rentrée avec les inadaptés les plus avancés. Peut-être aurait-on pu essayer de la couper du milieu familial et la placer dans un internat extrêmement permissif, du type de celui de la "Forteresse vide" (1), puisque son évolution n'avait été sensible que durant son séjour à PORT-NAVALO, dans une institution qui correspondait aux mêmes critères, et non durant son deuxième séjour avec la colonie peu permissive de son externat.

Les autres enfants "normaux" ont inégalement pris en charge les inadaptés, ils ne les ont jamais rejetés, ils ont sans-doute acquis une plus grande bienveillance et plus de respect et de solidarité pour autrui ; à long terme on peut espérer que leur apprentissage social ait favorablement progressé et qu'ils seront moins rejetants que la majorité du public à l'égard des handicapés.

Malheureusement, la présence des inadaptés risque d'entraîner quelques négligences à l'égard des colons "normaux" de la part de l'encadrement ; ainsi un jeune enfant inséré dans la même équipe qu'un inadapté est devenu énurétique : Enurésie provoquée peut-être par une trop grande attention portée à cet handicapé par sa monitrice : elle aurait ainsi négligé un peu les autres enfants qui en auraient souffert. Ou bien énurésie dont les causes n'avaient que peu de rapport avec la présence de cet inadapté (séparation du milieu familial essentiellement) ce qui est fréquent chez les enfants de cet âge au cours de leur séjour. Donc la tentation de mettre sur le compte de la présence des handicapés tous les problèmes qui se posent habituellement en colonie est grande.

Les résultats sur les familles ont été satisfaisants. La surprotection dont certaines entourent leur enfant a régressé ; quatre mois après l'expérience elles se préoccupaient déjà de nous les confier à nouveau pour les prochaines vacances.

Toutes les équipes d'encadrement ont signalé le rôle motivant et formateur d'une telle expérience, ce que nous avons pu constater nous-mêmes chez une monitrice, qui aux deux sessions a eu à s'occuper d'enfants très diversement handicapés.

(1) BETTELHEIM (B) - La forteresse vide, l'autisme infantile et la naissance du soi (trad. de l'Anglais). Paris, GALLIMARD, 1969, (287 P.)

PERSPECTIVES D'AVENIR

Les exigences de la vie moderne, son rythme et les "stress" qu'elle occasionne, sont tels que maintenant chacun devrait avoir droit, non seulement au travail, mais aussi aux loisirs.

Cette revendication n'est d'ailleurs pas nouvelle, puisque c'est en 1936 que fut accordée la semaine de quarante heures et les congés payés.

Les médecins sont d'ailleurs très conscients de ces problèmes et, désirant appréhender l'individu dans sa globalité psychosomatique, sont soucieux de tous les problèmes sociologiques qui ont un retentissement sur la santé de leurs patients.

Plus encore que l'adulte, l'enfant a droit aux loisirs si nécessaires à sa formation et ce n'est pas un hasard si le dernier symposium de "l'Union Internationale d'hygiène et de médecine scolaire", qui s'est tenu à Varna en Bulgarie en mai 1970, avait pour thème "l'hygiène des vacances des écoliers".

Les vacances restent en effet la grande et souvent la seule période de loisirs car, pendant l'année, le temps est "grignoté" par le travail et les transports.

De plus en plus, ces vacances deviennent collectives, tant dans les clubs que dans les entreprises et administrations. Les colonies en représentent l'équivalence au niveau des enfants ; depuis quelques années, les méthodes pédagogiques et les techniques nouvelles que l'on y utilise en font un excellent instrument éducatif. Tous donc devraient avoir le droit et la possibilité d'y séjourner.

Jusqu'à présent, on y séparait les enfants jugés "sains" des handicapés, l'objet de ce travail a donc été de montrer que cette ségrégation n'est généralement ni justifiée, ni bénéfique à ces deux catégories d'enfants, qu'au contraire l'intégration des inadaptés est possible et peut être parfois profitable à tous.

Il paraît difficile d'admettre dans des colonies ordinaires les handicapés présentant comme on l'a vu, des "déviations intolérables, réprimées par l'éducation", tels que les spina bifida, aux importants troubles sphinctériens, les IMC qui bavent, ainsi que ceux qui sont très lourdement handicapés : les grabataires, les

arriérés profonds, dont les activités ne pourraient être qu'exceptionnellement communes avec leurs camarades normaux, ainsi que les enfants dont la maladie en pleine évolution nécessite une surveillance médicale stricte et ceux dont le traitement est intensif. Mais, en fait, ces cas ne sont pas ceux d'une contre indication à une colonie normale mais plutôt, actuellement, une contre indication à toute colonie, qu'elle soit ordinaire, sanitaire ou spécialisée.

Les enfants atteints de maladie évolutive nécessitant une surveillance stricte ont leur place en centre hospitalier, ceux dont le traitement est intensif en centre de rééducation ; les grands handicapés actuellement ne trouvent pratiquement aucune structure d'accueil pour les vacances ; pourtant, celles-ci sont tout aussi nécessaires pour eux que pour les autres et ils devraient pouvoir bénéficier des colonies spécialisées, dont les places seraient laissées vacantes par leurs camarades moins atteints. Leur famille, privée de tout loisir et de toute vie sociale, tant la surveillance de ces enfants très lourdement handicapés est astreignante, pourrait ainsi se reposer et vivre plus normalement pendant un mois.

Ce glissement d'effectif devrait entraîner une médicalisation accrue des colonies spécialisées. Ainsi, tous ces inadaptés bénéficieraient des vacances dont ils sont actuellement privés. On peut même envisager de faire de ces centres de vacances spécialisés des petites unités que l'on rattacherait à des colonies normales, permettant ainsi à tous les enfants d'avoir quelques activités communes : veillées et kermesses, par exemple. Certaines d'entre elles pourraient être utilisées comme centre d'observation pour déficients temporaires somato-psychiques. L'intégration des diabétiques, hémophiles et néphrétiques, celle des enfants atteints de handicaps autres que ceux étudiés dans cette thèse a été rare (les diabétiques n'ayant été intégrés de manière officielle dans des colonies dites normales qu'au Portugal et en Israël).

Pourtant il est parfaitement possible qu'ils puissent partir en vacances avec des enfants sains, à la condition toutefois que l'on choisisse pour tous un centre à proximité d'un hôpital et que le recrutement des jeunes diabétiques, qui pourraient bénéficier de telles vacances, soit limité aux enfants ayant déjà appris par un précédent séjour en colonie spécialisée à se prendre en charge eux-mêmes. Il suffirait de médicaliser la colonie dans laquelle se trouvent les néphrétiques. L'encadrement serait renforcé sur le plan médical et un moniteur serait détaché pour s'occuper des activités des malades alités, surtout si le centre reçoit des hémophiles.

Tant par les indications que par les résultats et les problèmes soulevés par l'intégration des handicapés dans des colonies ordinaires, on peut conclure en disant que cette expérience a été possible et positive et pourrait être élargie. De nombreuses colonies pourraient recevoir les enfants atteints des handicaps décrits dans cet ouvrage, il ne faudrait pourtant pas, du moins dans un premier temps, la généraliser

car seules les équipes d'encadrement de très bonne qualité et très tolérantes sont aptes à recevoir des inadaptés.

Dans le futur, on pourrait imaginer que l'ensemble du public ayant reçu une éducation sanitaire et sociale cesse de rejeter l'inadapté et alors il serait presque toujours aisé de l'intégrer à toutes les colonies.

Ainsi à l'étranger, le Youth-Club (I) a-t-il pour objectif de généraliser l'insertion des handicapés dans des collectivités temporaires de jeunes.

Cette intégration des inadaptés dans la collectivité normale ne doit pas se cantonner à la période des vacances, qui n'en est qu'un des aspects, mais doit se poursuivre dans les loisirs de tous les jours, qu'ils soient organisés (scoutisme, clubs, ateliers d'art, etc...) ou inorganisés.

Cette insertion dans le monde des loisirs des "normaux" peut et doit, dans la mesure du possible, préparer à l'intégration au niveau de l'école. Elle est souhaitable pour certains handicapés qui, s'ils ne nécessitent pas de techniques pédagogiques particulières, ont besoin d'une surveillance médicale accrue et d'un aménagement des horaires et des locaux. Dans le cas des déficients sensoriels et des débiles mentaux, dont l'intégration se révèle impossible pour des motifs d'efficacité pédagogique, afin d'éviter une complète ségrégation, il serait préférable de mettre en place, à l'intérieur même des écoles communales, des classes spécialisées comme il a été fait pour les classes de perfectionnement. Plus tard, après que l'inadapté soit devenu adulte, l'objectif poursuivi sera l'intégration au monde du travail. La loi du 23 novembre 1957 (2) prévoit l'insertion des handicapés dans les administrations et les entreprises.

Dans la mesure où leur capacité le leur permet, c'est cette solution qu'il faudra encourager, le travail en atelier protégé ne devrait être qu'un pis-aller réservé aux plus atteints ou à des cas particuliers.

Lorsque chacun aura eu dans son enfance des contacts étroits et répétés avec des handicapés, on peut espérer que ceux-ci seront moins rejetés hors de la société qu'aujourd'hui, ce qui est très néfaste aux tentatives thérapeutiques.

(1) National association of Youth-Clubs - 30 Devonshire Street - London W1 Angleterre

(2) Loi n° 57-1223 du 23 Novembre 1957 - Décrets d'application du 20 Septembre 1967 et du 16 Décembre 1965.

Les Pays Nordiques se sont depuis longtemps préoccupés de réinsérer les inadaptés dans un milieu normal et, à cet égard, la tolérance des habitants de ces pays a beaucoup progressé. Les Scandinaves ne considèrent plus un handicapé comme "anormal".

Malheureusement, il ne semble pas que la France suive le même chemin; le caractère spectaculaire de certaines campagnes en faveur de l'enfance inadaptée témoigne d'une grande incompréhension des problèmes. Quémander pour les handicapés la charité des passants ou des téléspectateurs vise plus à donner à ceux-ci bonne conscience qu'à créer les conditions d'une bonne insertion dans la société. Parler, comme l'on fait certains présentateurs de télévision, d'enfants "pas comme les autres", n'encouragera pas le public à considérer les inadaptés comme des enfants ayant justement les mêmes droits que les autres.

Aujourd'hui, il s'agit de savoir si l'on veut revenir au Moyen-Age et prendre la France pour la Cour des Miracles, comme l'a déclaré l'Association des Parents d'enfants handicapés de la région d'Arras (1), ou s'il faut considérer l'inadapté comme un enfant à part entière, dont le problème n'est pas un problème de charité mais celui du droit à la santé et à l'éducation pour tous.

Ce qu'il faut, c'est tout en poursuivant leur nécessaire thérapeutique, insérer véritablement les enfants dans la Société. C'est refuser de les parquer dans des centres éloignés, c'est surtout les considérer comme des êtres humains à part entière.

(1) Le Monde 9 Décembre 1970.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il convient de rappeler les indications et contre-indications, les problèmes majeurs qui ont pu se poser, ainsi que les principaux résultats de l'intégration des enfants inadaptés dans des colonies de vacances pour enfants normaux.

I - INDICATION

- Toutes les catégories d'inadaptés, traitées dans cette thèse, peuvent s'insérer avec profit, sans trop la perturber, dans une colonie ordinaire encadrée par un personnel non spécialisé : déficients sensoriels, infirmes moteurs, débiles mentaux, enfants atteints de troubles du comportement (caractériels, névrotiques, prépsychotiques) et malades chroniques (asthmatiques et comitiaux) ; les sourds non démutisés et les délinquants nécessitent un encadrement en partie spécialisé.
- Chaque handicapé est un cas particulier et c'est à son thérapeute habituel que revient la charge de décider, en accord avec les responsables médicaux des colonies, de l'opportunité d'un tel séjour.
- Les très lourds handicaps, les "déviations intolérables" sont une contre-indication, ainsi que les maladies évolutives graves ou les traitements intensifs.

II - RESULTATS

a) Perçus chez les inadaptés :

- Les progrès sont variables suivant les enfants, les encadrements et la façon dont cette évolution est vécue par la famille ; ils sont toujours suscités par la présence des enfants "sains".
- Presque tous les handicapés peuvent s'intégrer et être acceptés ou du moins tolérés par les autres "colons".
- Ils acquièrent des règles du savoir vivre, un gain d'autonomie, un rythme de vie accéléré, un meilleur niveau de sociabilisation et de langage.
- Ils saisissent mieux les limites de leur déficit et les possibilités de leurs capacités restantes.
- La présence des enfants normaux motive un désir de dépassement qui entraîne une atténuation de leur passivité.
- L'insertion en milieu normal réalise une psychothérapie d'ambiance permettant parfois la levée de certains blocages et une évolution

positive bien que le séjour soit parfois marqué d'épisodes régressifs.
- La colonie séparant l'enfant de sa famille et l'insérant dans une collectivité normale, réalise un bon milieu d'observation et donne de précieuses indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques.

b) sur la famille :

- La preuve que leur enfant peut s'insérer dans un milieu normal décupabilise et sécurise les parents, elle peut les aider à sortir de l'alternative rejet-hyperprotection.
- Le statut de l'inadapté est remis en question ce qui est un facteur d'évolution, mais ne va pas sans réactiver les problèmes qui se sont posés lorsque la famille a dû prendre acte de la déficience de l'enfant.

c) sur les enfants normaux :

- Au contact des handicapés, ils développent leur naturelle bienveillance pour "l'autre", leur sens de la solidarité et du respect d'autrui, parfois aussi leur savoir vivre.
- Ces contacts précoces avec des inadaptés leur permettront sans doute d'éviter l'attitude de rejet qui est celle actuellement des adultes.
- Les risques sont plus théoriques que réels (contagion par imitation de l'infirme, négligence de la part de l'encadrement au profit des handicapés).

d) sur les membres de l'équipe d'encadrement :

- Ils acquièrent une plus grande ouverture d'esprit et deviennent plus tolérants.
- Ils peuvent transposer l'expérience qu'ils ont acquise à des colonies normales ou des écoles, s'ils sont enseignants, au bénéfice des enfants "sains".
- Des vocations d'éducateurs spécialisés naissent.

e) sur la population :

- Ces colonies n'ont semblé avoir eu aucune influence sur la population locale et les parents des enfants "normaux", mais le recul, pour en juger, est évidemment trop court.

III - PROBLEMES SOULEVES ET CONDITIONS D'INTEGRATION -

a) Préparation :

- Il est préférable de ne pas avertir les colons normaux et leur famille afin d'éviter les préjugés à priori.
- Par contre, le personnel de la colonie doit être généralement averti et volontaire, car l'inadapté imposé contre son gré à un encadrement peut être rejeté.
- La session doit être préparée soigneusement, comme un séjour habituel.
- Il faut donner à l'encadrement une information et non une formation sur les problèmes de chaque handicapé.

b) choix des enfants :

- C'est avec les plus jeunes que les résultats sont les meilleurs.

- L'effectif total de la colonie doit être peu important.
- Les inadaptés doivent en représenter 4 à 8 % ; en trop grand nombre, ils auraient tendance à se regrouper et poseraient trop de problèmes à l'encadrement; trop peu nombreux, ils polariseraient trop l'attention sur leur cas et ne permettraient pas d'accueillir un choix large de déficients .
- La présence des frères et soeurs de l'inadapté aide à son intégration et leur apprend à mieux vivre avec lui, mais ils ont aussi besoin d'en être séparés et de plus cette présence recrée un milieu moins neuf.

c) choix du personnel :

- La tolérance de l'encadrement à l'égard des handicapés est le grand critère de sélection de celui-ci, d'elle dépend tout le succès ou l'échec de l'expérience.
- Les autres critères sont les mêmes que s'il était destiné à une colonie normale (nombre et qualité).
- Il y a intérêt à renouveler fréquemment les équipes choisies (même si elles se sont révélées particulièrement compétentes), car sinon elles se spécialiseraient (en n'ayant qu'une formation empirique) et recréeraient un milieu protégé.
- La présence d'éducateurs spécialisés sécurise l'encadrement, ils peuvent être un élément de référence et assurent une surveillance médico-psycho-pédagogique des inadaptés, mais ils faussent l'expérience en recréant un milieu protégé auquel il est désaliénant pour les handicapés d'échapper pendant quelque temps.

d) les locaux :

- Quelques aménagements sont indispensables, mais ils ne doivent pas être un critère de choix de la colonie, leur inadaptation étant souvent stimulante pour les handicapés.
- S'il s'est bien adapté et a progressé, il peut être bénéfique à l'enfant de repartir dans les mêmes lieux, avec la même équipe, mais on se prive ainsi du facteur de nouveauté qui peut être à l'origine d'une évolution positive.

e) les méthodes pédagogiques :

- Une orientation non directive est bénéfique à tous, handicapés ou non, elle permet un gain d'autonomie et à chacun, des activités et un rythme de vie à sa mesure ; c'est un facteur d'intégration.
- Une orientation peu répressive est fonction de chaque cas.
- L'attitude générale envers chaque catégorie d'enfants (inadaptés et "sains") doit être identique, tout en restant fonction des besoins de chacun.
- Les handicapés doivent être disséminés dans les équipes afin qu'ils s'intègrent facilement, qu'ils soient pris en charge par les autres "colons" et que le milieu soit proche de la réalité.

f) les activités :

- Il faut éviter d'en créer des particulières aux inadaptés et donc en choisir qui, tout en intéressant les enfants sains, soient à la portée des handicapés et les fassent progresser.

- La présence des "colons normaux" facilite pratiquement toutes les activités.
- La compétition ne doit être pratiquée qu'avec modération et jamais à titre individuel, elle peut être mal supportée par tous, valides ou handicapés.

g) les rapports des enfants entre eux :

- Les plus jeunes enfants normaux (surtout les fillettes), ont tendance au début à mater et à surprotéger les inadaptés, puis ils ne les prennent en charge que dans la mesure où cela leur est profitable.
- Avant 12 ans, le rejet d'un handicapé par la communauté enfantine est exceptionnel, chez les plus âgés, il est masqué par de la pitié et est un peu plus fréquent.
- La présence simultanée de handicaps divers normalise la collectivité et évite les regroupements.
- Les inadaptés ont généralement tendance à s'exclure mutuellement vis-à-vis des autres enfants.

h) la durée :

- Un mois est une durée maximum pour une telle expérience, il faut éviter les "redoublements".

i) les problèmes médicaux :

- Le respect des règles de sécurité pose peu de problèmes.
- La prise de médicaments peut se révéler, selon les cas, valorisante, sécurisante ou ségrégative, anxiogène et dévalorisante.
- L'assistant sanitaire assure la surveillance médicale journalière. Son rôle est important dans l'intégration des handicapés.
- Le médecin attaché à la colonie sélectionne les enfants, assure leur surveillance psychosomatique, avec l'encadrement il fait le bilan de l'expérience et assume le rôle d'observateur de chaque inadapté, enfin il transmet ces renseignements diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques au médecin de chaque handicapé.
- Ce séjour est un moment souvent privilégié d'une thérapeutique au long cours et non une démission ou un abandon médical.

Vu le Doyen
E. FOURNIER

Vu le Président de thèse
R. MANDE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie
de PARIS
R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

aaaaaaaaa

- Acqua u d'ell - Premières expériences de réinsertion sociale des adolescents physiquement inadaptés dans un milieu normal. Milano, Ufficio d'Igiene e Sanita, s.d , 1962 (32 p).
- Casabianca (R.M. de) - Sociabilité et Loisir chez l'enfant, le développement social des enfants d'âge scolaire en groupe de loisir encadré . Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1968 (287 p.).
- Bettlheim (B) - La Forteresse vide, l'autisme infantile et la naissance du soi (tra. de l'anglais). Paris Gallimard, 1969 (589 p.).
- Boute (M.L)- Les vacances des enfants allergiques. in Séminaire sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques, Centre International de l'Enfance, 1960, pp 28-33 .
- Breuse (C.E) - Vers une pédagogie des loisirs juvéniles. Bruxelles, ed de l'Institut de Sociologie, 1965 (215 p.).
- Cadoret - Une colonie pas comme les autres pour des enfants comme les autres. (ronéotypé), " le Sentier Fleuri", Paris, 1963.
- Château (J) - L'Enfant et le Jeu. Scarabé, 1963 .
- Claparede - Psychologie de l'enfant et Pédagogie expérimentale. Delachaux et Niestlé, 1909, ed. refondu 1946.
- Cox (L) - Treasure Trove. in Report of National Association of Youth Club, 1966 .
- Cuvial (J) - La colonie de vacances . U.F.C.V, 1963, n°149.
- Ferrand (J.C) - Loisir Thérapeutique. in Sauvegarde de l'Enfance, 1970, n°2 -3-4, pp 13-23 .
- Galkin (J)- The treatment possibility offert by the summer camp as a suplement to the child guidance clinique. in American Journal of ortho psychiatrie, 1937, vol. 7, october.
- Hallowitze - Camping for disturb children . in Mental Hygiène, 1950, vol. 54, july.
- Heinz Saint Herka - Le rôle du jouet chez l'enfant . in Les Jeux, Revue International de l'Enfance, Geneve, 1969, aout.

Jackson (J.C.) - Vacances des jeunes diabétiques. in Séminaire sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques, Centre International de l'Enfance, 1960, p 53 .

Jeunesse (Y) - Centre de Vacances du Fieux 1966 . in Bulletin d'Information de la Société Centrale d'Education et d'Assistance pour les Sourds Muets en France, 1966 , n°12, octobre, décembre, pp 36- 38.

Jhonsson (A.T) - Camping for deaf children. in Volta review, Washington, 1967, n°5, may, pp 325-327 .

Joyeux (J) - La colonie de vacances pour enfants et adolescents. in Sauvegarde de l'Enfance, 1951, n°7- 8, septembre, octobre.

Lagarde (J) - Intégration des enfants handicapés dans une colonie ordinaire. in Belles Vacances ,1962 , n°20 , pp 10-12 .

Lagarde (J) - Possibilité d'inclure des enfants atteints de maladies chroniques, dans des formules existantes de vacances . in Séminaire sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques, Centre International de l'Enfance , 1960, pp 17 - 21 .

Lagarde (J) - Les Colonies pour enfants aveugles et déficients visuels. in Vers l'éducation nouvelle, 1960, n°146, septembre, pp 34 - 41 .

Lagarde (J) - Colonies de vacances pour enfants handicapés moteurs. in Vers l'éducation nouvelle, 1960, n°147, octobre, novembre, pp 22 - 31 .

Lebovici (S) (sous la Direction de) - Les loisirs dans la vie de l'enfant et de l'adolescent. in Sauvegarde de l'enfance, 1965, n°5, mai, juin.

Lebovici (S) et Diatkine (R) - Le jeu chez l'enfant . in La psychiatrie de l'enfant , Presses Universitaires de France, 1962, volume V, fascicule I, pp 206-253 .

Lestradet (H) - Place des vacances dans la vie des enfants atteints de maladies chroniques . in Bulletin d'information de l'aide au jeune diabétique, 1962, n°2, juin .

Lestradet (H) - Les séjours de vacances, leur place dans le traitement du diabète sucré. in Bulletin d'information de l'aide au jeune diabétique, 1964, n°3, pp 123 -136 .

Luquet - Le dessin enfantin . Paris, Delachaux et Niestlé, 1927 .

Mansiaux et About (sous la Direction de) - Scolarisation des enfants handicapés physiques et malades chroniques en milieu normal. in Sauvegarde de l'enfance, 1968, n°8, octobre .

Millot (M) - A propos de la vie d'un groupe d'enfants handicapés dans une colonie de vacances pour enfants valides. in Hygiène par l'exemple, Paris, 1963, n°34, pp 18 - 22 .

Miribel (H) - Colonie de vacances pour enfants épileptiques . in Belle Vacances , 1962, n°20, pp 24 -28 .

Miribel (H) - Les colonies de vacances spécialisées pour enfants épileptiques. in Séminaire sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques, Centre International de l'Enfance, 1960, pp 17 - 21 .

Morgenstern (F.S) - Les enfants handicapés et leurs jouets. in Les Jeux, Revue International de l'Enfance, Geneve 1969, aout.

Palau (S) - Vacances pour adolescents handicapés. in Vers l'éducation nouvelle, 1965, n°197, novembre , pp 19-27 .

Raymond Rivier (B) - Développement social de l'enfant et de l'adolescent. Bruxelles, Dessart, 1965, (285p).

Simonet (R)- Des vacances pour les enfants déficients mentaux . in Cahier de l'enfance inadaptée, Paris, 1966, n°8, juin, pp 19-24.

Trenel (T.H) - Problèmes posés par les vacances des enfants non entendants. in Séminaire sur les vacances des enfants atteints de maladies chroniques, Centre International de l'Enfance, 1960, pp 92-93 .

Wilhemina J Bladergroen - Le jeu dans le développement de l'enfant. in Les Jeux, Revue International de l'enfant, Geneve, 1969, aout.

Ziffo (J.P)- La colonie de vacances pour jeunes paralysés. in Information sociale, 1953, n°20, novembre .

Ziv (A) - Vie des enfants en collectivité, Etude de psychologie clinique. Paris, U.N.C.A.F. 1965 (284 p).

Collections, Revues, Journaux, Bulletins, rapports et colloques.

Bulletin de l'Association des Amis de l'extension, 1968, pp 5-6 .

Bulletin des Responsables des unités des handicapés, Scout de France, Service extension ; " Au Printemps à quoi rêvais-tu " 1969, juin .

Collection - La colonie de vacance - Construction, installation, aménagement, équipement des centres de vacances d'enfant. Paris, Scarabé, 1965 .

Collection - La colonie de vacances - La cure de santé et les jeux de l'enfant. Scarabé, Paris , 1957 .

Collection - La colonie de vacances - La vie quotidienne. Scarabé, Paris, 1953.

Colloque des 3 et 4 Janvier 1969 - I.N.E.P - Marly-le-Roi, Organisation des loisirs, action aducative et thérapeutique en faveur des handicapés A.N.C.E. - C.E.M.A - J.P.A. - 1969 .

Journal officiel de la République Française - Etablissement privé de cure et de prévention . 1967, n°1064 .

Journal officiel - Loi du 23 novembre 1957, n°57. 1223 , publié le 24 Novembre 1957 .

Rapport relatif à l'insertion des enfants de l'E.M.P. en colonie de vacance . (ronéotypé), Externat Henri Wallon, 1970. . .

Rapport relatif au Camp de Montmaur, comprenant huit handicapés moteurs et quatorze valides .(ronéotypé) , Association des paralysés de France, 1969 .

Revue - Belle vacances- Les vacances des enfants, adolescents et adultes handicapés, 1964, n°40 .

Revue - Sauvegarde de l'Enfance - Formation de l'éducateur spécialisé des jeunes inadaptés. 1968, n°9 - 10 .

10

TABLE DES MATIERES

	PAGE
INTRODUCTION -	
I Les handicapés et les vacances.....	1
II Les colonies ordinaires.....	5
III Les colonies sanitaires et spécialisées.....	16
PREMIERE PARTIE -	
- L'intégration des inadaptés dans les colonies "normales" organisées par les associations pour handicapés	23
<u>Chapitre I</u> : Intégration des handicapés physiques....	24
<u>Chapitre II</u> : Intégration d'enfants déficients sensoriels, aveugles et amblyopes.....	43
<u>Chapitre III</u> : Intégration d'enfants mal-entendants..	47
<u>Chapitre IV</u> : Intégration d'enfants présentant de sérieuses perturbations psychiques ou de comportement	53
<u>Chapitre V</u> : Intégration d'enfants caractériels et délinquants	57
DEUXIEME PARTIE -	
- Les colonies réalisées par des organismes s'occu- pant d'enfants normaux.....	61
<u>Chapitre I</u> : Intégration des enfants handicapés mentaux.....	63
A - Les expériences.....	63
B - Les résumés de dossiers.....	70
C - Conclusion de cette expérience.....	92

<u>Chapitre II</u> : Notre expérience à la C.C.A.S.	97
A - Les expériences.....	99
B - Les résumés de dossiers	110
C - Résultats et problèmes soulevés par l'expérience de la C.C.A.S.	142
 PERSPECTIVES D'AVENIR	149
 CONCLUSION	153
 BIBLIOGRAPHIE	157
 TABLE DES MATIERES	161

